

# 委 任 状

年 月 日

地方独立行政法人市立吹田市民病院  
理事長 宛

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人として、次のことについて委任します。

私に関する \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ の

保有個人情報開示等請求に関する一切の手続きをすること。

なお、代理人へ委任する事項について、写しの交付の受取りを（含む・含まない）。

代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_

- ① 委任者、代理人それぞれの本人確認書類を添付してください。
- ② 本人確認書類としては、運転免許証、個人番号カード等顔写真付きの本人確認書類を添付してください。これらがなく、保険証等を添付する場合は、二点以上の本人確認書類を添付してください。
- ③ ②の添付ができないときは、委任者の氏名の横に実印を押印し、印鑑登録証明書（請求の前 30 日以内に作成されたもの）を添付してください。

**教示** 開示等を受ける前に任意代理人としての資格を喪失した場合は、その旨を書面で届出てください。届出があった場合は、請求の取り下げとみなします。