

(様式2)

令和 年 月 日

パルグループ健康保険組合理事長殿

保有個人データ開示請求（依頼）委任状

(委任者)

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

私の「保有個人データ開示請求（依頼）」に関する権限を下記のものに委任いたします。

受任者の 氏名： _____ 委任者との関係： _____

住所： 〒 _____

電話番号： _____