

(アイドルシア ファーマシューティカルズ ジャパン株式会社 宛)

令和 年 月 日

委 任 状

住 所
(代理人)
氏 名

上記の者を代理人と定め、下記の件に関する権限を委任します。

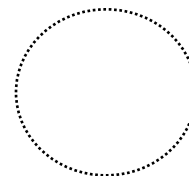
記

アイドルシアファーマシューティカルズ ジャパン株式会社が保有する私の「保有個人データ」に関して、以下の請求を行う件。

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 | <input type="checkbox"/> 削除 |
| <input type="checkbox"/> 開示 | <input type="checkbox"/> 利用停止 |
| <input type="checkbox"/> 訂正 | <input type="checkbox"/> 消去 |
| <input type="checkbox"/> 追加 | <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 |

(該当するものの□にチェック「レ」を入れてください)

住 所
(委任者)
氏 名



* 実印押印