

委 任 状

年 月 日

株式会社 ラポール エム・アール・エス
個人情報相談窓口 御中

私は、下記の者を代理人と定め、株式会社 ラポール エム・アール・エスの保有個人データに関する下記事項の請求を委任します。

代 理 人	(フリガナ) 氏 名	印
	住 所	(〒 -)
	電話番号	() -
委任事項 (口にレ印を ご記入ください)		<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開 示 <input type="checkbox"/> 訂正等 (<input type="checkbox"/> 内容訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除) <input type="checkbox"/> 利用停止等 (<input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止)

上記、委任いたします。

本 人	(フリガナ) 氏 名	印
	住 所	(〒 -)
	電話番号	() -

※委任状の本人氏名欄にいただく押印は、添付していただく印鑑証明書記載のご印鑑をお願いいたします。