　年　　　 月　　 日

委 　任 　状

公益財団法人ちば県民保健予防財団

理事長　　　　　　　　　　　 　様

（申請人）

住 所

※印鑑登録証明書の実印を押してください。

氏 名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実印

電話番号　　　　　　 （ 　　　　　　）

私は、下記の者を代理人と定め、私の個人情報の開示の権限を委任します。

（代理人）

住 所

氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

以 上

（2021.9版）