

委 任 状

私は、日本赤十字社厚生年金基金の保有する個人データの

- ・ 開示 ・ 訂正 ・ 追加 ・ 削除
 - ・ 利用の停止 ・ 消去 ・ 第三者提供の停止
- (注：いずれかに○)

に関する請求の代理人として _____ を選任します。

年 月 日

加入員番号・年金証書番号

(いずれかに○)

住所 〒 —

氏名

印
