

委任状

令和 年 月 日

医療法人福岡桜十字
理事長 今村 博孝 殿

代理人

住所

氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、以下の事項について委任いたします。

() について

※ できるだけ詳細にご記入ください。

委任者

住所

氏名 (自署)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号 ()

※ 全て委任者が記入してください。(代理人欄含む)
代理人の方は顔写真付きの身分証明書のご提示をお願いします。