

# 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

企業名

部署名 [任意]

ご担当者名

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

部署名 [任意]	氏名 (必ず自署ください)

※ 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。