

委 任 状

私は、神戸市中央区橘通4丁目1番20号 社団法人 神戸市医師会 会長
堀本 仁士 を代理人と定め、結核健康診断委託契約に関する下記の権限
を委任します。

記

- 1 契約締結に関する権限。ただし、請求及び受領の権限を除く。
以下余白

令和 年 月 日

(委任者)
所在地

医療機関名

氏名
(法人の場合は
代表者氏名)

印