

委 任 状

私達は、長崎県 市 町 番 号 (氏名) を医療法人
会の設立代表者に選任し、本団体の設立に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

住 所
氏 名 印

住 所
氏 名 印

住 所
氏 名 印

住 所
氏 名 印