

委任状

【代理人】

住 所	東京都港区虎ノ門2丁目2番2号
氏 名	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 院長 門脇 孝
連絡先	03-3588-1111

私は、上記の者を代理人と定め、医療関係職種の資格証明書の交付申請及び受領における一切の権限を委任いたします。

令和 年 月 日

【委任者】

住 所(自署) _____

氏 名(自署) _____ 印

職 種(自署) _____

委任状

【代理人】

住 所	東京都港区虎ノ門2丁目2番2号
氏 名	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 院長 門脇 孝
連絡先	03-3588-1111

私は、上記の者を代理人と定め、医療関係職種の資格証明書の交付申請及び受領における一切の権限を委任いたします。

令和 年 月 日

【委任者】

住 所(自署) _____

氏 名(自署) _____ 印

職 種(自署) _____

委任状

【代理人】

住 所	東京都港区虎ノ門2丁目2番2号
氏 名	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 院長 門脇 孝
連絡先	03-3588-1111

私は、上記の者を代理人と定め、医療関係職種の資格証明書の交付申請及び受領における一切の権限を委任いたします。

令和 年 月 日

【委任者】

住 所(自署) _____

氏 名(自署) _____ 印 _____

職 種(自署) _____