

委任状

令和 年 月 日

宛先 九州 厚生局長

代理人 氏名
住所

私は、上記の者を代理人と定め、保険医・保険薬剤師の新規登録申請を委任します。

委任者 氏名
住所

委任者 氏名
住所

委任者 氏名
住所

委任者 氏名
住所

委任者 氏名
住所

委任者 氏名
住所

※委任者の記入欄が足りない場合は、上記に記入欄を追加して使用すること。