

# 委任状

令和 ○年 ○月 ○日

大田区長様

(委任者)

住所(所在地) 東京都大田区蒲田 5-13-14

(医療機関名称) 株式会社 大田区保健所

(代表者名) (開設者役職・氏名) 印

支払金口座振替依頼書に押した印鑑

私は、下記のことを代理人と定め、公害診療報酬の支払金の請求についての権限を委任します。

(受任者)

住所(所在地) 大田区大森□-□-□

(店舗名称) 大田コウガイホケン薬局大森店

(氏名) (管理者(店長)氏名)

受任者印

管理者  
(店長の私印)

公害調剤請求書に押印する印鑑(店舗印不可)

~~大田区コウ  
ガイホケン  
薬局印~~

# 委任状

令和 年 月 日

大田区長様

(委任者)

住所 (所在地)

(医療機関名称)

(代表者名)

印

私は、下記のことを代理人と定め、公害診療報酬の支払金の請求  
についての権限を委任します。

(受任者)

住所 (所在地)

(店舗名称)

(氏名)

受任者印	
------	--