委　任　状

私は浜松市医師会長をもって代理人と定め次の権限を委任いたします。

記

浜松市との３歳児健康診査に係わる業務についての委託契約の締結に関すること。

年　　月　　日

住　所

委　任　者

氏　名　　㊞

<table>
<tr><td>医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒（　　－　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">委託料
振込先
口　座</td><td colspan="2">銀行
信用金庫
農協</td><td colspan="2">本店
支店
支所</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>当座預金
普通預金</td><td>口座番号</td><td>第　　号</td></tr>
</table>