委任状

令和　年月日

荒川区保健所長　殿

委任者　　住所

　　　　氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

　　　（法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

　生年月日　大正・昭和・平成・令和年月日

日中連絡可能な電話番号

私は下記の者を代理人として、以下の業種の証明書通の取得の権限を委任いたします。

1. 業種

□診療所　　□歯科診療所　　□助産所　　□施術所　　□出張施術

□歯科技工所　　□管理医療機器販売業・貸与業　　□その他（　　　　　　　　）

1. 使用目的

□融資　　　□就職　　□試験　　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

代理人　　住所

氏名

生年月日　大正・昭和・平成・令和　年月日

営業者・開設者との関係

※代理人の方は必ず本人確認書類をお持ちください。