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（　　）

② 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。