

(様式四)

委 任 状

2024年 月 日

地方独立行政法人  
加古川市民病院機構 理事長 様

委任者 住所又は  
所在地

商号又は  
名称

代表者  
氏名

印

業 務 名 加古川中央市民病院 患者給食調理及び調乳業務

私は、上記業務に関する一切の権限を次の代理人に委任します。

受任者

受任者(氏名) \_\_\_\_\_ 印