令和４年　　月　　日

委任状

法人名

代表者職・氏名

　令和5年度長崎県地域医療介護総合確保基金事業補助金の受領を下記の者に一任する。

記

１　受任者 及び 銀行振込口座名義人、金融機関名

　（１）受任者及び口座名義人

　（２）指定金融機関名（預金種別及び口座番号）

発行責任者及び担当者

発行責任者　〇〇　〇〇（連絡先〇〇〇-○○〇-〇〇〇〇）

発行担当者　〇〇　〇〇（連絡先〇〇〇-○○〇-〇〇〇〇）