

委任状

年 月 日

公益社団法人茨城県看護協会
会長 様

私は、次の者を代理人に定め下記の権限を委任いたします。なお、当該代理人が下記令和6（2024）年度総会に出席できない場合（開会の時点で入場手続を終了していない場合をいう。）又は代理人欄に記載がない場合には、公益社団法人茨城県看護協会会長（会長に事故あるとき又は欠けたときは、理事会があらかじめ順序を決定した副会長）に下記権限を委任いたします。

代理人氏名 _____

記

令和6年6月14日開催の令和6（2024）年度公益社団法人茨城県看護協会通常総会に出席し、議決権を行使する一切の権限

■施設名 _____

■会 員 計 _____ 名

No	県会員 No	会員名	印	No	県会員 No	会員名	印
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

ご郵送ください (FAX無効)

記入例

会員代表者様は、こちらを取りまとめいただき、茨城県看護協会宛て、必ず「ご郵送」願います。(FAXは無効となります)
※不足分はコピーのうえご利用ください

委任状

令和6年5月〇日

提出日をご記入ください

公益社団法人茨城県看護協会
会長 白川 洋子 様

私は、次の者を代理人に定め下記の権限を委任いたします。なお、当該代理人が下記令和6(2024)年度総会に出席できない場合(開会の時点で入場手続を終了していない場合をいう。)又は代理人欄に記載がない場合には、公益社団法人茨城県看護協会会長(会長に事故あるとき又は欠けたときは、理事会があらかじめ順序を決定した副会長)に下記権限を委任いたします。

代理人氏名 _____

「会長 白川洋子」もしくは、総会当日に会場にご出席いただける方をご記入ください

令和6年6月14日開催の令和6(2024)年度公益社団法人茨城県看護協会通常総会に出席し、議決権を行使する一切の権限

自施設名をご記入ください(個人会員を除く)

■施設名 _____

委任状 記入人数ご記入ください

■会 員 計 _____ 名

No	県会員 No	会員名	印	No	県会員 No	会員名	印
1				11			
2							
3							
4				14			
5				15			
6							
7							
8							
9							
10				20			

「会員番号」「会員氏名」をご記入のうえ、個人印を押印ください

【会員代表者(委任状取りまとめ)の方へお願い】
最初に代理人をご記入いただき、記載されている代理人に権限を委任できる方のみ記入願います。
なお、別な代理人に権限を委任される意思のある方は、お手数ですが、委任状を別にし、権限を委任したい代理人を記入のうえご提出願います