　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当所属（課名）　医療政策課

委　　任　　状

　 （受任者） 住所（〒　　　　－　　　　　）

フリガナ

氏名

**上記の者を代理人と定め、令和　年度に山口県から支払われる山口県看護職員確保対策事業費補助金（看護教員養成講習会事業）の受領に関する権限を委任します。**

　　令和　　年(20　　年)　　月　　日

　　 （委任者） 住所（〒　　　　－　　　　　）

氏名

　　　　　　　　　　　　 連絡先（TEL）

　　　　　　　　　　　　 担当者名（法人の場合）



|  |
| --- |
|  |

令和　　年(20 年)　　月　　日

山口県会計管理者 様

申出者（受任者） 住所（〒　　　　－　　　　　）

　　　氏名

連絡先（TEL）

　　　　　　　　　　　　 担当者名（法人の場合）

**上記令和　年度山口県看護職員確保対策事業費補助金（看護教員養成講習会事業）については、下記金融機関の私の口座に振り込んでください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 銀行・信用金庫・組合 | |  | 支店・支所・出張所 |
| 預金種類番号 | 普　通　 ・ 当　座 | | No. | | |
| （フリガナ） 口座名義人 |  | | | | |

注）受任者と口座振替申出者は必ず同一人となります。

