

# 委 任 状

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、当該代理人が下記通常総会に出席できない場合、または1.に代理人氏名の記載がない場合には、2.佐賀県看護協会長に下記権限を委任いたします。

議長は中立的立場上、代理人にはなれません。

- 代理人氏名 1. \_\_\_\_\_  
2. 佐賀県看護協会長 内田 素子

## 記

令和元年6月22日（土）開催の2019年度公益社団法人佐賀県看護協会通常総会における議決権を行使する一切の権限

令和元年6月22日  
会 員

施設名

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

**※会員番号は必ずご記入ください。**

**※委任状は押印の上、必ず原本を郵送で6月12日（水）までにお送りください。**

**※押印が印鑑でないもの（サインや空白）またFAXでの送付は無効です。**

なお、総会当日の提出は受け付けいたしません。

**※不足する場合、お手数ですがコピーしてご利用ください。**