佐賀県病院薬剤師会

会長　様

**委　　任　　状**

令和６年度佐賀県病院薬剤師会通常総会に欠席するため、総会における

議決事項についての全ての議決権行使を議長に委任致します。

施設名

|  |
| --- |
| 欠席するもの署名（自筆） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

●必ず欠席者の自筆により、**５月１０日までに**

佐賀県病院薬剤師会事務局までＦＡＸして下さい。

**ＦＡＸ番号：佐賀大学医学部附属病院薬剤部　0952-34-2036**

●委任状なく欠席された場合については議長一任とみなして処理させていただきます。