委　　　任　　　状

　　年　　月　　日

広島県知事　殿

申請者　　住　所

（委任者）

氏　名

　　　　　　　　　　　㊞

　（法人の場合は法人名及び代表者の職・氏名）

私は、広島県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業補助金（医療分）（時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業）の受領に係る権限を下記の者に委任します。

記

受任者

　　住　所

氏　名

　（法人の場合は法人名及び代表者の職・氏名）

　振込口座は、口座振替依頼書記載のとおりです。

委　　　任　　　状

令和３年　○月　○日

**申請者の住所・氏名を記入し，**

**押印してください。**

広島県知事　殿

申請者　　住　所　広島市中区基町10-52

（委任者）　　　　　医療法人もみじ会

氏　名　県庁クリニック

理事長　広島　太郎　　㊞

　（法人の場合は法人名及び代表者の職・氏名）

私は、広島県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業補助金（医療分）（時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業）の受領に係る権限を下記の者に委任します。

記

受任者

　　住　所　　広島市中区基町9-42

氏　名　　広島　紅葉

　（法人の場合は法人名及び代表者の職・氏名）

　振込口座は、口座振替依頼書記載のとおりです。

**（１）申請者「△△医院　院長○○」で，**

**振込先口座「個人■■（申請者の代表者名と異なる場合）」は委任状が必要**

**（２）申請者「医療法人※※」で，振込先口座「△△医院」（上部組織から下部組織への振込）の場合も**

**委任状が必要**

**なお，申請者「△△医院　院長○○」で，振込先口座「個人○○（申請者の代表者名と同じ場合）」**

**申請者「△△医院」で，振込先口座「医療法人※※」（下部組織から上部組織への振込）**

**の場合は，委任状は不要です。**