

施設名： \_\_\_\_\_

メールアドレス (代) \_\_\_\_\_

TEL：        -        -        , FAX：        -        -

— 委 任 状 —

香川県病院薬剤師会（病薬）会員用

私は、（ \_\_\_\_\_ ）を代理人と定め、香川県病院薬剤師会の合同臨時総会（令和6年2月10日（土））における下記事項の議決の権限を委任します。

氏 名	氏 名
印	印
印	印
印	印
印	印
印	印
印	印
印	印
印	印

記

1. 第1号議案    令和6年度、令和7年度香川県病院薬剤師会 会長・監事  
                  および香川県薬剤師会 病診部 支部長・監事    の選出

2. その他

なお、特に代理人がおいでにならない場合は、議長にご一任願います。

# － 委 任 状 －

## 香川県薬剤師会病診部（県薬病診部）会員用

私は、（ ）を代理人と定め、香川県薬剤師会病診部の合同臨時総会（令和6年2月10日（土））における下記事項の議決の権限を委任します。

氏 名	氏 名
印	印
印	印
印	印
印	印
印	印

### 記

1. 第1号議案 令和6年度、令和7年度香川県病院薬剤師会 会長・監事  
および香川県薬剤師会 病診部 支部長・監事 の選出

2. その他

なお、特に代理人がおいでにならない場合は、議長にご一任願います。

### 【お願い】

・委任状にご記入下さい。なお、委任状数は県病院薬剤師会会員と県薬剤師会病診部会員で別集計となりますので、くれぐれもお間違いの無いようお願い致します。また、県病薬・県薬病診部の両方に入会の先生は両方の委任状それぞれに記名・押印をお願い致します。

・各施設にてコピーしてご利用下さい。

・施設毎に2月8日（木）までに 香川県病院薬剤師会事務局 宛 FAX：087-891-2318  
又はご返送下さい。（〒761-0793 木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部附属病院  
薬剤部内 香川県病院薬剤師会事務局）

・香川県病院薬剤師会へ新規入会の方は（Tel:087-891-2431）まで、香川県薬剤師会へ新規入会の方は香川県薬剤師会（Tel:087-831-3093）までお問い合わせ下さい。