**提出期限（厳守！）：平成３１年2月5日（火）**

**返　信　票　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：095-819-7261　e-mail：murakawa-k@nagasaki-u.ac.jp**

長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会事務局　村川　香　宛

**出欠連絡票**

**ご施設名：**

**ご芳名：　　　　　　　　　　　（出席・欠席）**

**出席、欠席のいずれかを○で囲ってください。**

**御欠席される方は、下記委任状のご提出を何卒よろしくお願いします。**

**委任状**

**1.　私は、　　　　　　　　　　　氏を代理人と定め下記の権限を**

**委任します。**

**２．私は、阿比留教生会長を代理人と定め下記の権限を委任します。**

**（上記の1.2のいずれかを必ず指定してください。）**

**記**

**平成31年2月17日に開催される長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会の**

**平成31年度の総会において、議決権の行使および、これに伴う一切の権限。**

**平成　　　年　　　　月　　　　日**

**（日付をご記入ください。）**