*（※所属名義口座への振り込みを希望される場合は委任状を提出願います。）*

委　任　状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

一般社団法人

長野県介護支援専門員協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

令和７年度ケアプラン点検アドバイザー派遣事業に係る経費の受領に係る一切の権限については、下記の者に委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　名義人

２　振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 貯金種別 | 普　通　　　　　　　　当　座 |
| 口座番号 | 　　　 |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ**口座名義 |  |
|  |

* 委任状については、ケアプラン点検アドバイザー派遣事業に参画した主任介護支援専門員が作成してください。