

## 代理人選任（変更）届

年 月 日

一般社団法人前橋市歯科医師会  
会 長

様

(届出人)

病院名

住 所

氏 名

印

私は、定款第 7 条第 1 号及び第 3 号の権利を行使するため、  
下記のとおり、代理人を選任（変更）したのでお届けします。

記

1. 代理人