

委任状

阿波市長 様

代理人	住所	
	氏名	⑩
	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	電話番号	- -

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

大人の風しん予防接種費用助成申請に関する権限

平成 年 月 日

委任者	住所	
	氏名	⑩
	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	電話番号	- -