

委 任 状

阿波市長 様

代 理 人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	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

年 月 日

委 任 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	- -