

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 | - - |