

委任状

平成 年 月 日

下野市長あて

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

私は、下記の者を代理人と定め、母子健康手帳受領の権限を委任いたします。

記

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

委任者との関係 _____