

委 任 状

年 月 日

大網白里市長 様

(委任者) 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日生

私は、次の者を代理人と定め、

- ・ 大網白里市妊娠希望女性等風しんワクチン接種費用助成金の申請
- ・ 大網白里市妊娠希望女性等風しんワクチン接種費用助成金の受領

に関する一切の権限を委任します。

※ 該当する項目に○印記入のこと

(受任者) 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_