

委任状

年 月 日

筑紫野市長 宛

委任者 住 所 筑紫野市

氏 名 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、母子健康手帳の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 昭和・平成 年 月 日

電話番号

委任者との続柄