

委任状

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

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