

年 月 日

## 委 任 状

様

ファミリー・サポート・センターなかがわ

※会員番号

住 所

おねがい会員の氏名

	ファミリー・サポート・センターなかがわ
会員番号	※
住所	※
おたすけ会員の氏名	※

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

1. 私の子ども \_\_\_\_\_ の受診の付き添い及び診察結果を聞くこと。
2. ※ \_\_\_\_\_ から病気のため呼び出しのあった  
私の子ども \_\_\_\_\_ をお迎えに行くこと。
3. その他※ \_\_\_\_\_

※印は記入しないでください。