

委任状

年 月 日

茅ヶ崎市長あて

委任者 住 所

氏 名

印

電話番号

私は、次の者を代理人と定め、母子健康手帳及び妊婦健康診査費用補助券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

電話番号

【記入上の注意点】

- ①委任年月日を記入してください。
- ②委任者(妊婦)の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。(スタンプ印不可)
- ③代理人の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入してください。
- ④鉛筆・消えやすいペン・消えるペンでは書かないでください。