

# 委 任 状

年 月 日

代理人 住 所

氏 名

連絡先

上記の者を私の代理人と定め、下記の権限を委任します。

## 記

蓮田市健康増進事業等一部負担金免除申請の手続きに関すること

本人 住 所 蓮田市

氏 名

生年月日

連 絡 先