

委任状

令和 年 月 日

伊丹市長あて

委任者 住 所

氏 名 (自署)



生年月日

連絡先 (電話番号)

私は、下記の者を代理人と定め、母子健康手帳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

委任者との関係