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