

# 委任状

|     |      |                |
|-----|------|----------------|
| 代理人 | 住所   |                |
|     | 氏名   |                |
|     | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
|     | 電話   | — —            |

私は、上記の者を代理人と認め、下記の権限を委任します。

柏市風しん抗体検査費助成金の申請，請求，受領に関する権限

平成 年 月 日

|     |      |                |
|-----|------|----------------|
| 委任者 | 住所   |                |
|     | 氏名   | 印              |
|     | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
|     | 電話   | — —            |