委 　任　 状

　　　　　年　　　　　月　　　　日

甲賀市長あて

　　　　　委任者　　住　所

　　　　　　　　　 　　氏　名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　 　電話番号

私は、下記のものを代理人として定め、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