

# 委任状

士別市長宛

年 月 日

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

私は上記の者を代理人として、母子健康手帳一式の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日