委　任　状

令和　　年　　月　　日

多摩立川保健所長　殿

委任者（頼む人）

住所

氏名

電話番号

　私は、下記の者を代理人と定め、下記の委任事項の権限を委任します。

記

代理人（頼まれる人）

住所

氏名

生年月日　　　　　　 年　　　　　月　　　　　日

電話番号

委任事項

※委任者が法人の場合、法人の所在地、名称及び代表者の氏名を記入してください。

※代理人は本人確認ができる書類等を持参下さい。