

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。