委　　任　　状

　　　　年　　　月　　　日

士幌町長あて

委任者　　住　所

　　　　　　　　　　氏　名

私は、下記の者を代理人と定め、母子健康手帳・妊婦健診受診票等の受領に係る一切の権限を委任いたします。

代理人　　住　所

　　　　　氏　名