

委 任 状

井原市長 殿

年 月 日

代理人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
委 任 事 項		母子健康手帳および母子保健ガイドの再交付
上記の者を代理人として、上記事項の請求および受領を委任します。		
本人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

(注意) * この委任状は必ず本人が自署をしてください。