

# 委任状

令和 年 月 日

綾瀬市長あて

委任者 住 所

氏 名

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、母子健康手帳受領の権限を委任いたします。

記

代理人 住 所

氏 名

生年月日

(委任者との続柄)