

委 任 状

年 月 日

東員町長 宛

(委任者) 住所

氏名 (自署)

電話

私は、下記の者を代理人と定め、東員町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付申請、請求及び受領に関する権限を委任します。

記

(受任者) 住所

氏名 (自署)

電話