

委任状

代理人（受任者）

住所

氏名

電話番号

私は上記の者を代理人と定め、

豊見城市国民健康保険特定健診特典申請書兼受領書の手続きを委任します。

年 月 日

本人（委任者）

住所

氏名

⑩

生年月日

電話番号
