

委任状

(豊見城市がん患者アピアランスケア支援事業)

年 月 日

(宛先) 豊見城市長

私は、次のとおり代理人を選任し、豊見城市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の申請を委任します。

委任者 (助成対象者)

住 所

氏 名

連絡先

代理人

住 所

氏 名

連絡先

委任者との続柄

《 豊見城市記入欄 》

委任内容の確認

代理人の身分証明書コピー

受付者氏名 : _____