委 任 状

年　　月　　日

大洲市長　様

委任者

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

私は次の者を代理人と定め、大洲市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の申請及び請求・受領に関する権限を委任します。

受任者

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

本人との続柄：