

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： _____