母子健康手帳交付に関する委任状

年　　　月　　　日

愛別町長　あて

対　象　者

（住　　所）

（氏　　名）

（生年月日）　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

（電話番号）

　愛別町母子健康手帳交付要綱第５条の規定に基づき、次の者を代理人として選任し、母子健康手帳の交付に関する権限を委任したので届け出ます。

代　理　人

（住　　所）

（氏　　名）

（生年月日）　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

〈注意事項〉

１　委任者の氏名は、必ず委任者本人が自署してください。

２　窓口にお越しの際は、代理人の本人確認が必要ですので、運転免許証等を必ずご持参ください。