

# 委 任 状

令和     年     月     日

十日町市長   様

私は妊娠の届出及び母子手帳等の受領に関する権限を下記の者に委任します。

代理人    住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日   昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊婦との続柄 \_\_\_\_\_

委任者    住所   十日町市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_