

委任状

年 月 日

土佐清水市長 様

私は、下記の者を代理人と定め、土佐清水市がん患者アピアランス日常生活支援事業補助金の交付申請及び請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

記

委任者

住所

氏名

印

生年月日

年

月

日

受領者

住所

氏名

印

生年月日

年

月

日
