

須 恵 町 長 殿

# 委 任 状

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

母子保健法に基づく母子健康手帳の交付手続き並びに母子健康手帳・妊婦健康診査補助券の受領について、下記の者に委任します。

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

※町使用欄

代理人本人確認	1. 運転免許証 2. 健康保険証 3. その他 ( )
確 認 者	