

# 委 任 状

年 月 日

福 智 町 長 殿

(委任者) 住 所  
氏 名 印  
続 柄  
電 話 番 号  
(対象者) 住 所  
氏 名

下記の者を代理人と定め、福智町高齢者等SOSネットワーク事業について申請の権限を委任します。

記

(受任者) 住 所  
役職名又は  
事業所名  
氏 名 印  
電 話 番 号  
F A X 番 号