

# 委 任 状

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(委任者との続柄 \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

## 母子保健事業に関する事務

未熟児養育医療に関する事務  
(未熟児養育医療の届出、地方税関係等の事務)

低出生体重児の届出

由布市長 様

年 月 日

委任者 住 所 由布市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

TEL \_\_\_\_\_