委　任　状

　　令和　　　年　　　月　　　日

　寝屋川市保健所長　宛

＜委任者（本人）＞

住　　所

氏　　名（署名）

生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日（個人のみ）

　私は、下記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

＜委任事項＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の件

＜代理人＞

　　住　　所

　　氏　　名

　　生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日（個人のみ）

* 委任事項は具体的に明示してください。
* 鉛筆や消すことのできるボールペンで記入されたもの、修正液等で訂正したものは受け付けられません。
* 委任者が署名しない場合は、記名押印が必要です。
* 委任者が法人の場合は、氏名欄には法人名と併せて代表者名をご記入ください。
* 代理人の本人確認をしますので、運転免許証等の本人確認書類を持参してください。