

様式第3号（第7条関係）

五霞町母子健康手帳交付に関する委任状

五霞町長

様

年 月 日

【対象者】

住 所 五霞町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

五霞町母子健康手帳交付要綱（平成27年五霞町告示第91号）第7条の規定に基づき、次の者を代理人として選任し、母子健康手帳の交付に関する権限を委任したので届け出ます。

【代理人】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

\*委任者が全てを必ず記入してください。

\*不備がある場合は受付できません。

【事務担当者記入欄 窓口対応者 \_\_\_\_\_】