

委任状

年 月 日

委任者 住 所

氏 名



電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、母子健康手帳受領の権限を委任いたします。

記

代理人 住 所

氏 名

生年月日

(注意事項)

- ・委任者の氏名は、必ず委任者本人が自署してください。
- ・代理人の本人確認ができるもの、妊婦本人の個人番号がわかるものも必ずご持参ください。