委　　任　　状

※妊婦本人が記入してください。

令和　　年　　月　　日

田布施町長　様

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します。

記

代理人　　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

生年月日

電話番号