

# 委 任 状

令和 年 月 日

(宛先) 前橋市長

委任者 住 所

名 称

氏 名

私は、令和8年度前橋市社会福祉施設結核健康診断補助金の受領について、下記のことを代理人に選任し、その権限を委任いたします。

記

代理人 住 所

名 称

氏 名

発行責任者及び担当者

- ・ 発行責任者: (電話番号)
- ・ 担 当 者: (電話番号)