

<精神障害者保健福祉手帳用>

委任状

令和 年 月 日

下妻市長 殿

委任者（頼む人）

住 所

氏 名

㊞

電 話 ()

私は、下記のを代理人と定め、精神障害者保健福祉手帳に関する手続きを委任します。

記

代理人（頼まれる人）

住 所

氏 名

㊞

電 話 ()

(注意事項)

※委任状には、必ず朱肉を使う印鑑を押してください。