

# 委任状

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

委任者との関係 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、がん患者アピアランスケア用品補助金に関する申請・受領の一切について委任します。

年 月 日

委任者（申請者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日