

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

香川県後期高齢者医療広域連合会計管理者 殿

委 任 状

〒 -

私は、受任者 住 所

氏 名

を代理人と定め、 _____ の

<input type="checkbox"/>	申請
<input type="checkbox"/>	受領

 に

関する一切の権限を委任します。

平成 年 月 日

〒 -

委任者 住 所

氏 名

印

(自署、押印のこと)