

委任状

年 月 日

泉佐野市長 様

私は、下記の者（受任者）を代理人と定め、泉佐野市がん患者在宅療養支援事業の申請に関する一切の権限を委任します。

記

委 任 者

住所 〒

氏名 印

受 任 者

住所 〒

氏名