

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

田原本町長 殿

委任状

委任者（対象者）

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

私は、次のとおり代理人を選任し、田原本町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金の申請を委任します。

受任者（代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

委任者との関係 _____