

# 委任状

年 月 日

代理人 続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、健康管理システム等登録情報公開申請書及び母子健康手帳再交付の申請及び受理についての権限を委任します。

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

鎌ヶ谷市長 あて

## 【注意事項】

記入は全て、委任者本人が直筆で書いてください。

※代理人の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証等）の写しを添付してください。

※委任者の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証等）の写しを添付してください。

※戸籍謄本等、代理人の資格を証明する書類も併せて確認させていただく場合があります。