

(様式2)

年 月 日

委 任 状

下記の施設・学校に係る
下記の者に委任します。

年度結核予防費補助金の受領については、

記

1. 施設・学校

住 所

名 称

2. 委任者

住 所

(代表者 職)

氏 名

印

3. 受任者

住 所

(代表者 職)

氏 名

印