

# 委任状

代理人	住所
	氏名
	生年月日 大正・昭和・平成・西暦 年 月 日
	電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

長崎県後期高齢者医療の下記の申請・届出に関する権限

申請・届出名

平成 年 月 日

委任者 (本人)	住所
	氏名 <span style="float: right;">⑩</span>
	生年月日 明治・大正・昭和・西暦 年 月 日
	電話番号