委　　任　　状

年　　月　　日

（宛先）松　戸　市　長

所　 在 　地

名　　　　称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者を代理人と定め、松戸市自宅療養者等の診療体制強化協力金の受領に関する権限を委任いたします。

記

受任者

　　　住　　所

　　　フリガナ

　　　口座名義人