

# 委 任 状

年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、後期高齢者医療に関する次の行為を、下記の者を代理人と定め委任します。

行為内容
------

本人（委任者）

住 所	
氏 名	㊟

記

代理人（受任者）

住 所	
氏 名	㊟
生年月日	年 月 日