様式第２号（第５条関係）

**委　任　状**

名取市長　宛て

【**代理人**】

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　(申請者との関係：　　　　)

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

上記の者に、名取市骨髄バンクドナー助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

　　年　　月　　日

**【申請者】**

住　所

氏　名

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日