委　　任　　状

私は下記の者を代理人として、**契約医療機関人間ドック補助金**の受領に関する権限を委任いたします。

令和　　年　　月　　日

代理人（事業主）

記号（事業所番号）＿＿＿＿＿

〒

住　　所

事業所名

事業主名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委　任　者	
番　号	氏　　名

委　任　者	
番　号	氏　　名