委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

大阪府健康医療部保健医療室　様

住所

委任者　　　　　　　　　　　　　　　　印

氏名

（代理人の住所）

　私儀、都合により、

（代理人の氏名）

を代理人と定め、　　　　　　　　　　　　　　証明書の申請及び受領の権限を委任します。