

委 任 状

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者または届出者（委任者） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____

次の者を代理人と定め、()
に関する権限を委任します。

代理人（受任者） 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____