

委 任 状

代理人（たのまれた人）

住 所：

氏 名：

生年月日：

連 絡 先：

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

1, 「利根町高齢者運転免許証自主返納支援事業」の申請に関する一切の権限

年 月 日

委任者（たのむ人）

住 所：

氏 名：

生年月日：

連 絡 先：

※委任状は委任するご本人が作成してください。委任者の氏名は必ず自署をお願いします。