委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

大分市長　　　　　　殿

　　結核健康診断費補助金の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

記

　　　　(委任者)

　　　　　所在地

　　　　　名　称

　　　　　代表者名

　　　　　担当者名

　　　　　連絡先

代金受領の方法　口座振込払

　　　　（受任者）

　　　　　所在地

　　　　　名　称

　　　　　代表者名

　　　　　　　代金受領の方法　口座振込払

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支　店　名 |  |
| 種　　類 | 普通　　　　　当座 |
| 口 座 番 号 |  |
| 口 座 名 義 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |