

委 任 状

年 月 日

大分市長 殿

大分市地域猫不妊去勢手術支援事業については、下記受任者に受領の権限を委任
します。

委 任 者 住 所 _____

団体名 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

受 任 者 住 所 _____

氏 名 _____

口座振込

銀行名 _____

支店名 _____

種類 _____

口座番号 _____

口座名義 _____