

# 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 \_\_\_\_\_