

委任状

長崎県知事 様

私は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定される医療費公費負担申請及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定される個人番号の提供に関する一切の権限を

受任者(代理人)住所

受任者(代理人)氏名

(委任者との関係)

に委任します。

年 月 日

委任者(同意者)住所

委任者(同意者)氏名

印

(自署の場合は不要)