委　任　状

年　　月　　日

鳥取県　　総合事務所長　様

鳥取市保健所長　様

　私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書の提出に関する権限について、次のとおり委任します。

委任者（申請者本人）

　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者（来庁される方）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名