

委任状

令和 年 月 日

双葉町長 様

代理人

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

連絡先

— —

私は、上記の者を代理人と定め、除草剤の受取に関する権限を委任します。

委任者

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

連絡先

— —