

委 任 状

年 月 日

千葉県知事

様

(申請者)

住 所

氏 名

印

(上記法定代理人)

住 所

氏 名

印

私は下記の者を代理人と定め、千葉県特定医療費（指定難病）医療費支給認定の申請事務に関する一切の権限及びその申請を取り下げる権限を付与します。

記

(代理人)

住 所（事務所所在地）

千葉県君津市杵師4丁目19番6号

特定行政書士氏名

特定行政書士 四本平一 印

生年月日

昭和40年3月23日

行政書士登録番号

第91101080号

所属行政書士会

千葉県行政書士会