委　　任　　状

　令和４年　　月　　日

波佐見町長　様

　私は、以下の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

　代理人　　住　所

氏　名

　　　　　　（署名又は記名・押印してください）

記

１．波佐見町営業時間短縮要請協力金第5期の支給申請に関する

こと

２．波佐見町営業時間短縮要請協力金第5期の受領に関すること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上

　　　　　委任者　　住　所

　　　　　　　　　　氏　名

（署名又は記名・押印してください）