委　　任　　状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

小山町長　様

　　　　　　　　　　　　　代理人　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

私は、上記の者を代理人として、小山町運転免許証自主返納者サポート事業による支援の申請に関することを委任します。

　　　　　　　　　　　　　本　人　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号