

捨印

委任状

令和元年 月 日

宮城県知事 様

(申請者)

住所 宮城県〇〇市〇〇

氏名 〇〇〇

印

(法定代理人)

住所 宮城県〇〇市〇〇

氏名 〇〇〇

印

私は、下記の者を代理人と定め、宮城県特定医療費（指定難病）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)

事務所名 行政書士佐々木秀敏事務所

事務所住所 宮城県仙台市青葉区中山台西2番地の8

電話 022-725-2280

職業・氏名 行政書士 佐々木秀敏

印

登録番号：第19060845号

所属 宮城県行政書士会(会員番号：第2526号)