

## 委任状

\_\_\_\_\_を代理人として被共済者\_\_\_\_\_の退職金の受領に係る一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

※委任に同意する場合は、委任者の方がチェックボックス□にチェック「✓」を入れてください。

委任者氏名	住所・電話	
	住所	<input type="checkbox"/>
	電話	
	住所	<input type="checkbox"/>
	電話	
	住所	<input type="checkbox"/>
	電話	
	住所	<input type="checkbox"/>
	電話	
	住所	<input type="checkbox"/>
	電話	

(場合によっては委任者の方にお電話で確認することがあります)

清酒製造業退職金共済事業本部 殿