위 임 장

위임인(임산부, 산모)

성　　명 :

생 년 월　일 :

주　　소 :

전 화　번 호 :

대리인(신청하러 오신 분)

성　　명 :

생 년 월　일 :

주　　소 :

전 화　번 호 :

위임인과의 관계 :

위 위임인은 모자보건지원사업 신청 관련 모든 사항을 대리인에게 위임합니다.

※「주민등록법」 제37조 제10호에 따라 다른 사람의 주민등록번호를 부정하게 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처해집니다.

20　　년　　월　　일

위 임 인 :　　(서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]