

年 月 日

## 委 任 状

委任者	フリガナ	
	氏 名	(自署又は押印)
	生年月日	
	住 所	
	電話番号	

※本人が自署しない場合は記名押印してください。

私は、予防接種に係る手続きについて、下記の者を代理人と定め委任します。

代理人	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
	電話番号	

窓口受け取りの際は、代理人様の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)をお持ちください。