

委任状

令和 年 月 日

委任者(接種者)

住 所 五條市

氏 名

*委任者は氏名の自署
が必要です。

生 年 月 日

年

月

日

代筆の場合:代筆者氏名

続柄 ()

下記の者を代理人と定め、B類疾病予防接種に関する書類の受領に
関する権限を委任します。

代理人(申請者)

住 所

氏 名

続柄 ()

生 年 月 日

年

月

日

日中の連絡先
(電話番号)