

## 委任状

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

### (委任者)

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は次の者に、予防接種済証交付申請の権限を委任します。

### (代理人)

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※委任者の氏名は必ず本人が直筆でご記載ください。

※代理人の方は、委任者及び代理人の本人確認書類のご提出をお願いします。