年 月 日

委任状

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **委任者**  **（本人）** | フリガナ |  | |
| 氏名 |  | 印 |
| 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| メール（任意） |  | |

**※委任者名は必ず自署又は記名・押印でお願いします。**

**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。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受任者** | フリガナ |  | |
| 氏名 |  | |
| 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| メール（任意） |  | |
| 委任者との続柄 | |  |