

委任状

私は、次の代理人に広域予防接種の申請の手続きを委任します。

年 月 日

私
(委任する人) 住 所 〒 稲沢市 _____
氏 名 _____
生年月日 大正・昭和 年 月 日 _____
電話番号 _____

代 理 人 住 所 〒 _____
氏 名 _____
生年月日 昭和・平成 年 月 日 _____

※この委任状は委任する人が記入してください。