

# 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。