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。