

委任状

代理人 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____
電話番号 _____

私は、上記のものを代理人と定め次の権限を委任します。

1. 予防接種履歴交付申請に関すること

年 月 日

委任者 住所 _____
氏名（自署） _____ 印
生年月日 _____
電話番号 _____