委　任　状

　私、　　　　　　　　　　は下記の者を代理人と定め、以下の申請に関する権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

記

委任者　氏名　　　　　　　　　　　　印　（生年月日　　　年　　月　　日）

　　　　住所

　　　　電話番号

受任者　氏名　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　年　　月　　日）

　　　　住所

　　　　続柄

　　　　電話番号

●委任に係る予防接種の対象範囲（予防接種の種類）

（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症）予防接種

●委任する権限

（広域予防接種・予防接種費用免除・予防接種費助成）に係る申請

※委任状は、必ず委任者本人が署名してください。

　記名（ゴム印やパソコン入力）や代筆の場合は、押印が必要です。