

## 委 任 状

令和      年      月      日

(宛先) 加賀市長

申請者（委任者）住      所    加賀市

氏      名

電話番号

生年月日    大・昭              年              月              日

私は、下記の者を代理人と定め、以下の予防接種券交付申請手続き及び受取りに関する権限を委任します。

- ☐ 高齢者インフルエンザ予防接種
- ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種

代理人（受任者）住      所

氏      名                                      (続柄)

電話番号

生年月日    大・昭・平              年              月              日

※委任者本人が自書のうえ、受任者にお渡しください。  
※手続きの際に、受任者の身分証明書を確認させていただきます。