

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（再交付）申請手続き及び受け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、受任者にお渡してください。
※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。