

# 委任状

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話	— —

私は、上記の者を代理人と認め、下記の権限を委任します。

柏市定期予防接種の申請に関する権限

令和 年 月 日

委任者	住所	
	氏名	印
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話	— —