

# 委任状

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話	— —

私は、上記の者を代理人と認め、柏市予防接種記録交付申請等に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者	住所	
	氏名	印
	生年月日	年 月 日
	電話	— —