

年 月 日

## 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、下記の権限を委任します。

- 予防接種等の申請に関する権限
- 予防接種の保護者の同伴に関する権限

委任者	住所	
	氏名	印
	生年月日	年 月 日
	電話	— —

委任者は\_\_\_\_\_で字が書けないため、  
\_\_\_\_\_が代筆し内容について本人から了承を得ました。