

委任状

令和〇〇年〇〇月〇〇日

委任者

被接種者(予防接種を
受ける人)

住所 座間味村字慶留間〇〇〇番地

氏名 座間味 太郎

電話番号 098-987-〇〇〇〇

被接種者(予防接
種を受ける人) の**署名**が必要です

※注1 参照

私は、下記の者を代理人と定め、以下の申請に関する権限を委任します。

記

委任事項

内容

(例)

- ・座間味 太郎の带状疱疹予防接種費助成金交付申請書の提出について

※委任した内容が明確にわかるよう、具体的に記入してください。

受任者

申請者

住所 座間味村字慶留間〇〇〇番地

氏名 座間味 花子

電話番号 098-987-〇〇〇〇

注1 委任状は、必ず委任者本人が署名してください。

記名の場合は、押印が必要です。

注2 委任の内容に疑義がある場合には、委任者の方に電話で確認することがありますので、電話番号は必ず記載してください。

委任状

年 月 日

委任者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

私は、下記の者を代理人と定め、以下の申請に関する権限を委任します。

記

委任事項
内容

- ・ _____の带状疱疹予防接種費助成金交付申請書の提出について

受任者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

注1 委任状は、必ず委任者本人が署名してください。

記名の場合は、押印が必要です。

注2 委任の内容に疑義がある場合には、委任者の方に電話で確認することがありますので、電話番号は必ず記載してください。