

委任状

令和 年 月 日

由利本荘市長 宛

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日

私（委任者）は、上記の者を代理人（受任者）と認め、由利本荘市帯状疱疹定期予防接種記録の発行に関する一切の権限を下記の者に委任します。

委任者	住所	
	氏名	【自署】 印
	生年月日	年 月 日
	電話番号	

※委任者は本人（被接種者）であること