委任状

小城市長　様

　　　年　　　　月　　　日

依頼者（風しん抗体検査・予防接種を受ける本人）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 生年月日 | 　Ｓ　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日生 |
| 電話番号 |  |

私は、風しん予防接種・抗体検査の申請に関する権限を下記の者に委任します。

代理人（窓口に来られる方）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（委任者との続柄　　　　　） |

　※この委任状は、依頼者が全て記入し、押印してください。

　※代理人の方は、代理人の身分証明できるもの（運転免許証、健康保険証など）をご持参ください。