

任意

委任状

小城市長 様

令和 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・H 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。