

委 任 状

年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、被接種者の予防接種済証明書に関する一切の手続きを委任します。

1. 代理人 住所 :
氏名 : (委任者との続柄:)
電話 : ()

2. 委任者 住所 :
※自署しない場合は記名押印してください
氏名 :
電話 : ()

3. 被接種者 現住所 : 委任者と同じ
栃木市から転出している場合、転出前の住所
栃木市
氏名 : 委任者と同じ
生年月日 : 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
電話 : 委任者と同じ ()

4. 証明書交付を希望する予防接種名 ※○をつけてください。

ロタウイルス・小児の肺炎球菌・B型肝炎・五種混合・四種混合・ヒブ・BCG・麻しん風しん混合
麻しん・風しん・水痘・日本脳炎・二種混合・三種混合・ポリオ・HPV (子宮頸がん)・RS ウイルス
おたふくかぜ・高齢者の肺炎球菌・带状疱疹

5. 申請理由

.....