

# 委任状

年 月 日

北 広 島 町 長 様

代理人（受任者）の住所・氏名

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、高齢者定期予防接種に係る次の権限を委任します。

- 申請に関する事
- 受領に関する事

委任者（接種者）の住所・氏名

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_