委任状

Power of Attorney

(代理人) 住所 〒604-8571
Attorney Address 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

氏名 京都 太郎
Name

生年月日 1955 年 5 月 31 日
Date of Birth Year Month Day

連絡先 075-XXX-XXXX
Phone Number

代理人の方（証明書の発行を申請される方）の
「住所」、「氏名」、「生年月日」、「連絡先」を記入

私は、上記の者を代理人と定め、「新型コロナウイルス感染症予防接種証明書」の発行申請に係る一切の権限を委任します。

I hereby appoint the abovementioned person as my attorney-in-fact, giving and granting unto said attorney full power and authority to do and perform every act necessary and proper to be done in applying for/ receiving the Vaccination Certificate of COVID-19.

Date: 2021 年 7 月 26 日
Year Month Day

記入した日を記入

証明を必要とされる方の
「住所」、「氏名」、「生年月日」、「連絡先」を記入

(委任者) 住所 〒604-8588
Principal Address 京都市中京区西堀川通御池下る西三坊堀川町521

氏名 御池 花子
Name

証明を必要とされる方の
自署

生年月日 1957 年 11 月 30 日
Date of Birth Year Month Day

連絡先 075-XXX-XXXX
Phone Number

※ 代理人の方の本人確認書類を添付してください。

*Attach a copy of the Attorney's identification document.