

※複数の委任者を列記することも可能です。
※委任者については押印が必要です（認印）。

委 任 状

代理人 住 所 〒

氏 名

生年月日

年

月

日

上記の者を代理人と定め、

高齢者インフルエンザ予防接種自己負担区分証明書の申請及び受領

高齢者肺炎球菌予防接種自己負担区分証明書の申請及び受領

の権限を委任します。

年

月

日

委任者 住 所 〒

氏 名

_____ (印)

生年月日

年

月

日
