委 任 状

年　　月　　日

（委任状作成日）

伊勢原市長　宛

私は、

【代理人（申請をする方）の住所・氏名・生年月日】

住所

氏名

生年月日　　　　　年　　　月　　　日

電話番号　　　　－　　　　－

を代理人と定め、予防接種費用免除に関する一切の権限を委任しました。

【委任する方（被接種者本人）の住所・氏名・生年月日・電話番号】

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自署

生年月日　　　　　年　　　月　　　日

電話番号　　　　－　　　　－