

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 _____ — _____ — _____