

# 委 任 状

代 理 人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

委任者との関係 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、予防接種費補助金交付に関する  
(申請・受領)の一切について委任します。

年 月 日

委 任 者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_