

委任状

私は、厚岸町が行う定期予防接種（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹）の申請について、下記の者に委任します。

令和 年 月 日

委任をする者（予防接種を受ける者）

住所 _____

氏名 _____

受任者（申請を行う者）

住所 _____

氏名 _____