

# 委任状

年 月 日

羽生市長様

代理人（窓口に来る方） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

接種を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、以下の権限を委任いたします。

## 記

1. 被接種者（接種を受ける者）の羽生市定期予防接種に係る手続き及び実施の判断

本人（委任者・親権者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

被接種者生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

※受付窓口にて、代理人確認のため、運転免許証等の提示をお願いします。

※必ず委任者本人が自筆でご記入ください。（パソコン等による記載は不可）

なお、疾病等のため委任状を本人が自筆できない場合は、この限りではありません。