

広域外医療機関における予防接種申請書に係る委任状

年 月 日

東近江市長 様

( 委任者 )

住 所 東近江市

氏 名

印

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日

※委任者の印鑑がない場合は無効とします。

私は、(高齢者インフルエンザ・成人用肺炎球菌)予防接種の広域外医療機関における  
予防接種の申請を下記の者に委任します。

( 代理人 )

住 所

氏 名

生 年 月 日 大正・昭和・平成 年 月 日