

広域化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 ⑩

生 年 月 日 年 月 日

※委任者の印鑑がない場合は無効とします。

私は、(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス・带状疱疹) 予防接種の  
広域化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 年 月 日