

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

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。

※委任者は予防接種を受ける方のお名前を御記入ください。

私は、滋賀県予防接種広域化事業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

※この委任状と「滋賀県予防接種広域化事業における予防接種申請書」も合わせて御提出ください。「滋賀県予防接種広域化事業における予防接種申請書」の申請者欄は、この委任状の代理人と同じ内容を御記入ください。