

委 任 状

年 月 日

委任者 住所

氏名

私は、下記の者を代理人と定め、以下に関する権限を委任します。

代理人 住所

氏名

委任事項

・予防接種に関する事務

☐ 高齢者肺炎球菌

☐ インフルエンザ

☐ 子どもの予防接種

・その他（ ）

※委任した内容が明確にわかるよう、具体的に記入してください。

代理人確認 ☐ 運転免許証 ☐ 保険証又は後期高齢者福祉医療費受給者証

☐ 介護保険被保険者証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート

☐ その他（ ）

確認職員名