

令和 年 月 日

## 委任状

私（接種者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_

は

高齢者肺炎球菌予防接種申請に係る全ての権限を下記の者に委任します。

(受任者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

続柄 \_\_\_\_\_