

委 任 状

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

保護者との続柄 _____

私は下記の理由により上記の者を代理人と定め、子の予防接種について委任します。
理由

[_____]

年 月 日

委任者（保護者） 住 所 幸手市 _____

氏 名 _____ ㊟

幸手市長 様

* 医療機関はこの委任状を、予診票と共に幸手市へ提出してください。