

委 任 状

年 月 日

(宛先) 茂原市長

代理人 住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

連 絡 先 _____

私は、上記の者を代理人と定め、予防接種記録手帳再発行に関する次の権限を委任する。

※下記の該当事項にチェックを入れてください。

予防接種記録手帳再発行に関する権限について

☐ 予防接種記録手帳再発行の申請に関すること。

☐ 予防接種記録手帳再発行の受領に関すること。

委任する人（予防接種記録手帳を必要とする人）

住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

【市記入欄】

確認書類		来庁者（代理人）の本人確認書類
------	--	-----------------