委　　任　　状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 私は、次の者を代理人と定め、 |  | 高齢者インフルエンザ予防接種手続に係る |
|  |  | 高齢者肺炎球菌予防接種手続に係る |

一切の権限を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （窓口に来た人）  代　　理　　人 | 住　所 |  |
| 名　前 |  |

尾　道　市　長　様

年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （接種する人）  委　　任　　者 | 住　所 | 尾道市 | |
| 名　前 |  | ㊞ |