

委任状

令和 年 月 日

私は、堺市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払いの申請にあたり、下記の者を代理人として、申請、請求及び接種費用の受領に係る権限を委任します。

受任者 住所
氏名

委任者 住所
氏名

印

※委任者が自署しない場合は記名押印してください。