

委任状

代理人 住所 _____
氏名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、大分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（請求）および受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所 _____
氏名 _____ ⑩

署名または記名押印

委任状

代理人 住所 大分市〇〇町〇番〇号
氏名 〇〇 △△

被接種者が申請時に18歳以上の場合で、親御様が申請する際はここに氏名をお願いします。

私は、上記の者を代理人と定め、大分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（請求）および受領に関する権限を委任します。

令和〇年〇月〇日

委任者 住所 大分市〇〇町〇番〇号
氏名 〇〇 〇〇

印

署名または記名押印

被接種者の方の氏名をご記入ください。