

# 委任状

(受任者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 受給者との続柄 \_\_\_\_\_

私は、上記の者に、風しん予防接種費用の受領の権限を委任します。

年 月 日

(委任者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_