委　任　状

令和　　年　　月　　日

行田市健康づくり課　御中

（本人）

住　　所

氏　　名

生年月日

　私は、下記のものを代理人と定め、次の権限を委任します。

　　　　　　　　　　を接種しているか確認に関する行為

（代理人）

住　　所

氏　　名

生年月日

電話番頭

　続　　柄