

# 委任状

代理人（申請者） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め次の権限を委任します。

1. 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）及び受領に関する事

年 月 日

委任者（被接種者）

住所 \_\_\_\_\_  
氏名（自署） \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_