委任状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

宛　先）野　田　市　長

代理人　住所

　　　　氏名

　　　　電話番号　　（　　　　）

私は、上記の者を代理人と定め、自己負担金免除申請書（各種がん検診・肝炎ウイルス検診・歯周疾患検診）の手続きに係る一切の権限を委任します。

委任者（申請者）　住所

　　　　　　　　　氏名

代筆者署名　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　）

　　　　　　　　　電話番号　　（　　　　）

※自署できない者は委任者の住所、氏名、及び電話番号を代筆者が記入し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入すること。