

委任状

年 月 日

佐世保市保健所長 様

委任者

住 所

氏 名

印

生年月日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、新型コロナウイルスワクチン予防接種
証明書の申請及び受領に関する一切の権限を委任します。

記

受任者

住 所

氏 名

印

生年月日

電話番号

委任者と
の関係性