

# 委任状

令和 年 月 日

佐世保市長 様

(委任者)  
住 所

氏 名  
電話連絡先

印

ヒトパピローマウイルスワクチンの任意接種費用の受領を下記の者に委任いたします。

(受任者)  
住 所

氏 名  
電話連絡先

印