

委 任 状

年 月 日

旭 市 長

接種者（委任者）

住 所

ふりがな

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生

電話番号

私は、次のものを代理人と定め、旭市風しん予防対策費用助成の手続きに関する一切の権限を委任します。

なお、旭市風しん予防対策費用助成金交付申請において、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

代理人（受任者）

住 所

ふりがな

代理人氏名 ⑩

電話番号

申請者との続柄（関係）