**委　任　状**

年　　月　　日

新発田市長宛

**委　任　者**

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

生年月日

　私は次の者に、下記の定期予防接種証明書の受領を委任します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 予　防　接　種　名 |  |  | 予　防　接　種　名 |
|  | ロタウイルス感染症 |  |  | 小児用肺炎球菌 |
|  | B型肝炎 |  | BCG（結核） |
|  | インフルエンザ菌B型（ヒブHib） |  |  | 麻しん（はしか）・風しん |
|  | 四混混合  （ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ） |  |  | 水痘（水ぼうそう） |
|  |  | 日本脳炎 |
|  | 三種混合  （ジフテリア、百日せき、破傷風） |  |  | HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症 |
|  | 風しん予防接種 |
|  | 二種混合  （ジフテリア、破傷風） |  |  | 高齢者インフルエンザ |
|  | 高齢者肺炎球菌ワクチン |

**代　理　人**

住　　所

氏　　名

生年月日

※ 委任者の氏名は、必ず本人が直筆で御記入ください。

※ 代理人の方は、代理人本人確認のため、次の書類のいずれかをご持参ください。

　　・マイナンバーカード　・自動車運転免許証　・パスポート