| 捨印欄 |
| --- |
| |

# 委　　任　　状

私は、江戸川区帯状疱疹ワクチン任意予防接種償還払いの申請権限を下記の者に委任いたします。

記

年　　月　　日

委任者　　住 所
（被接種者氏名）
氏　名　　㊞

受任者　　住 所
氏 名

江戸川区長　殿