

年 月 日

委 任 状

市川市長

委 任 者 住 所 _____
(支給対象者)

氏 名 _____

私は、下記の者に「市川市ワクチン健康被害見舞金」の受領権について、一切の
権限を委任します。

記

(受任者) 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

ワクチン名 _____ (回 目)