

	被接種者名	ふりがな	被接種者住所	被接種者生年月日	種類	署名又は捺印
1				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
2				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
3				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
4				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
5				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
6				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
7				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
8				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
9				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	
10				年 月 日	☐ インフル ☐ コロナ	

私は次の者を代理人と定め、令和7年度における上記の高槻市予防接種費用無料証明書交付申請に関する一切の権限を委任します。

（代理人）

住所

氏名

