

## 福知山市長 様

年      月      日

氏 名

電話番号

\* 申請者以外の接種希望者は、下記の委任状が必要になります(御家族の方も必要になります)。

|     |     |   |      |             |
|-----|-----|---|------|-------------|
| 代理人 | 住 所 | 〒 |      |             |
|     | 氏 名 |   | 生年月日 | 年    月    日 |

福知山市長 様

年      月      日

|     |     |      |      |       |
|-----|-----|------|------|-------|
| 委任者 | 住 所 | 福知山市 |      |       |
|     | 氏 名 |      | 生年月日 | 年 月 日 |
|     | 氏 名 |      | 生年月日 | 年 月 日 |
|     | 氏 名 |      | 生年月日 | 年 月 日 |

【注】この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市定期B類予防接種事業に係る事務に利用します。