委　任　状

　　長与町長　様

（委 任 者）

住 所

氏 名

　　　　　年　　　月　　　日

　　　私は、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払いの申請（請求）及び受領について下記の者に委任します。

（受 任 者）

住 所

氏 名