

\_\_\_\_\_市・町長 あて

## 委 任 状

保護者は、被接種者（予防接種を受けるお子さん）の定期予防接種への同伴ができないため、被接種者の健康状態を普段から熟知する親族等である、下記の者を代理人と定め、予防接種への同伴を委任します。

また、保護者は受けようとする予防接種について、効果、副反応及び予診票の記載事項等について理解し、代理人の同意をもって保護者の同意とします。

年 月 日

### 【被接種者（予防接種を受けるお子さん）】

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

受ける予防接種の種類 \_\_\_\_\_

### 【代理人】

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

### 【保護者】

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_