

_____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。

平成 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 平成 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 _____ 印

住 所 _____

緊急連絡先 _____ ()

続 柄 _____