

定期予防接種委任状

御船町長 あて

今回の予防接種を受けるにあたり、私(保護者)が特段の理由により同伴できないため、被接種者の健康状態を熟知している代理人(同伴者)に委任します。

また、代理人が接種する際に医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種に同意する権限を委任します。

年 月 日

被接種者 (お子さん)

氏 名 _____

生年月日 _____

予防接種の種類 _____

委任者 (保護者名) 自署

氏 名 _____

住 所 御船町 _____

緊急時の連絡先 (電話番号) _____

代理人 (同伴者) 自署

氏 名 _____

住 所 _____

被接種者(子ども)との関係 (続柄) _____

連絡先 (電話番号) _____

保護者 (父、母、後見人) 以外の方が同伴する場合は、保護者および代理人がこの委任状に自署し、予診票と一緒に接種機関に提出してください。