

委 任 状

代理人 住 所 _____
(同伴者)

氏 名 _____

電話番号 _____

予防接種を受ける子どもとの続柄 _____

予 防 接 種 を 受 け る 子 ど も の 氏 名 _____

予 防 接 種 を 受 け る 子 ど も の 生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

私は、下記の理由により上記の者を代理人と定め、子の予防接種について委任します。

理由：

年 月 日

委任者 住 所 _____
(保護者)

氏 名 _____

※すべて委任者（保護者）が自署してください。

（注意事項）

1. 予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種に同意した場合に限り、接種が行われます。お子さんの日ごろの健康状態をよく知っている保護者（親権を行う者または後見人を言う（予防接種法第2条第7項））が、やむを得ず予防接種に同伴できない場合は、この委任状をもって接種同意欄に代理人の署名が行えます。
2. 保護者以外の方が同伴する場合は、委任状がないと予防接種は受けられません。
3. この委任状は、接種後、予診票と一緒に幸手市に提出されますのでご了承ください。

*医療機関はこの委任状を、予診票と共に幸手市へ提出してください。