予 防 接 種 委 任 状

　年 　月 　 日

有　田　市　長

私は、この度子どもが予防接種を受けるにあたり、事情により同伴することができないので、子どもの健康状態を普段より熟知している代理人（同伴者）に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。また、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解し、代理人の同意をもって保護者の同意とします。

予防接種対象者

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

氏　名

生年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

予防接種の名前

保護者（委任者）

（ﾌﾙｶﾞﾅ）

保護者氏名　　　　　　　 　　　（予防接種対象者との続柄：　　 　 ）

　住　所

緊急連絡先

代理人（同伴者）

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

氏　名

住　所

※定期予防接種は原則として、保護者（親権を行う者・後見人）の同伴が必要です。

※保護者が事情により同伴できない場合は、接種対象者の健康状態を普段からよく知っている代理人に**保護者が記入したこの委任状**を予診票に添えて提出してください。