

# 委任状

私はこの度子どもの予防接種を受ける際に、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親族等を代理人として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。

年 月 日

(接種する日以前の1か月以内の日付)

予防接種対象者氏名 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

委任者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(保護者)

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

(日中ご連絡がとれる番号)

代理人 氏名 \_\_\_\_\_  
(親族等)

住所 \_\_\_\_\_

予防接種対象者との続柄 \_\_\_\_\_