

※定期予防接種には、原則、保護者の同伴を必要としますが、保護者が特段の理由により同伴できない場合は、被接種者の健康状態を普段からよく知っている親族等が同伴し接種を受けることも可能です。その場合には予防接種に係る同意等についてのこの委任状の提出が必要となります。

※不足時は、コピーしてご使用ください。

-----キリトリ-----

委任状

平成 年 月 日

委任者（保護者） 住 所 : 和水町

氏名（保護者自署）: ⑩

緊急連絡先電話番号: _____

私は、下記の被接種者が予防接種を受けるにあたって、予防接種の同伴及び予防接種に係る同意等について、下記の受任者に一切の権限を委任します。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日
予防接種名		

受任者（親族等同伴者）	住 所 :	_____
	氏 名 :	_____
	被接種者との関係:	_____
	連絡先電話番号 :	_____

-----キリトリ-----

委任状

平成 年 月 日

委任者（保護者） 住 所 : 和水町

氏名（保護者自署）: ⑩

緊急連絡先電話番号: _____

私は、下記の被接種者が予防接種を受けるにあたって、予防接種の同伴及び予防接種に係る同意等について、下記の受任者に一切の権限を委任します。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日
予防接種名		

受任者（親族等同伴者）	住 所 :	_____
	氏 名 :	_____
	被接種者との関係:	_____
	連絡先電話番号 :	_____