

保護者以外の方が、予防接種に同伴される際、医療機関に提出してください。

## 委任状

今回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)に委任いたします。

また、代理人は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について理解したうえで代理人の同意をもって保護者の同意とする権限を委任します。

本委任状が、接種後予診票とともに市町に提出されることに同意いたします。

令和 年 月 日

(被接種者氏名) (生年月日)平成・令和 年 月 日

(予防接種名)

委任者 (保護者)	
住所	
電話番号	
氏名	

代理人 (同伴者)	
住所	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
被接種者との続柄	

※保護者の方は、予診票下部にある「保護者自署欄」にも自筆で署名してください。

委任状及び予診票に保護者の署名がない場合、接種できませんのでご注意ください。

※予防接種法第2条第7項において保護者とは「親権を行う者又は後見人をいう。」と定められています。

志 免 町