

委 任 状

年 月 日

(あて先)
接種医療機関

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。

委任者(保護者) 住所 _____

氏名(保護者自署) _____

被接種者(予防接種対象者) 氏名 _____

被接種者(予防接種対象者) 生年月日 _____

連絡先(電話番号) _____

予防接種名 インフルエンザ _____

記

受任者(同伴者) 住所 _____

氏名 _____

被接種者との関係 _____

電話番号 _____

※受任者は、祖父母、成人した兄弟姉妹など、日頃からお子さんの健康状態をよく知る親族等に限ります。

※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、受任者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委任状の提出が必要になります。