

委 任 状

代理人（同伴者）

住 所 _____

氏 名 _____

私は、今回の予防接種についての区のお知らせと説明書の内容を読み理解した上で、上記の者を代理人と定め予防接種の申し込みおよびこれに付随する行為をなす権限を委任します。医師診察後に同伴者の接種同意をもって保護者同意とすることを承認します。

委任する日（接種する日以前の1か月以内） _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任する人（保護者）

住 所 _____

氏 名（署名は必ず自筆でお書きください） _____

連絡先電話番号 _____

※お子さんの予防接種の際に保護者以外の方が同伴する場合は、上記の「委任状」を保護者が記入し、同伴者が医療機関に持参してください。

※同伴者は、普段からお子さんの健康状態をよく知っている方（未成年者は不可）に限ります。