

## 予 防 接 種 委 任 状（保護者以外の同伴）

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

予防接種を受ける人との関係 \_\_\_\_\_

(例)祖母、おば

保護者である私は、予防接種の効果・副反応および予防接種健康被害救済制度を理解し、予診票の記載事項についても理解したうえで、上記の者を代理人と定め、下記の予防接種の際に同意する権限を委任します。

予防接種を受ける人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

希望するワクチン（以下にすべてを記載して下さい）

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者 自署 \_\_\_\_\_ 続柄（ ）

