

委任状

南島原市長 様

代理人（同伴者）自署 住 所 _____

氏 名 _____

子どもとの続柄（いずれかに「○」を付けてください）

祖父・祖母・おじ・おば・その他（ _____ ）

電話番号 _____

私（保護者）は、今回の予防接種を受けるにあたり、下記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上記の者を代理人と定め、予防接種に係る権限を委任します。

また、代理人が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などについて理解したうえで、代理人の同意を持って保護者の同意とすることを承認します。

記

○子どもの氏名 _____（生年月日 平成・令和 年 月 日）

○予防接種の種類（いずれかに「○」を付けてください）

BCG、5種混合、4種混合、2種混合、不活化ポリオ、麻しん風しん混合（MR）

麻しん、風しん、日本脳炎、小児用肺炎球菌、Hib（ヒブ）ワクチン、ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）予防ワクチン、乳幼児・小中学生インフルエンザ、水痘、B型肝炎、ロタウイルスワクチン

○同伴できない理由

令和 年 月 日

委任者（保護者）自署

住 所 _____

氏 名 _____

緊急連絡先 _____