

委任状

同伴者	住所	
	氏名	
予防接種を受ける子との続柄		

大口町長

年 月 日

私は予防接種の効果や目的、重篤な副反応発生の可能性及び予防接種救済制度などについて理解し、上記の者に接種の同伴を委任いたします。

予防接種の種類	
フリガナ	
受ける子の氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳 カ月）

保護者	住所	
	氏名	
	緊急連絡先 (接種時必ず連絡 がつく番号)	