

# 予防接種委任状

年 月 日

大 口 町 長 様

保護者 住 所 大口町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者 氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

今回、子どもの予防接種を受けるにあたって、私（保護者）がやむを得ない理由により同伴できないため、被接種者の健康状態を普段より熟知している親族等を代理人（同伴者）と定め、予防接種に関する一切の権限を委任します。

私と代理人は予防接種についての説明の冊子を読み、予防接種の効果や副反応、健康被害救済制度などについて理解しましたので、代理人の同意をもって、保護者の同意とします。また、本委任状が大口町に提出されることを同意します。

予 防 接 種 の 種 類	
------------------	--

## 記

代理人（同伴者） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被接種者との関係：祖父・祖母・おじ・おば・その他（ \_\_\_\_\_ ）

### \*\*\*\*\* 予防接種委任状について \*\*\*\*\*

定期予防接種を受ける場合は保護者の同伴が原則ですが、やむを得ない理由により、子どもの健康状態をよく知る保護者以外の親族等が同伴する場合は、この委任状が必要です。委任状がないと接種できませんので、予防接種予診票に添付して医療機関にご提出ください。

コピーしてお使いください。