

# 予 防 接 種 委 任 状

鹿 沼 市 長 様

委任者 氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印  
住所 \_\_\_\_\_  
緊急連絡先 \_\_\_\_\_

私は、子どもが本日の予防接種を受けるに当たり、事情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である代理人へ、予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

また、医師の診察後に同伴者の接種同意をもって、保護者の同意といたします。

平成 年 月 日

予 防 接 種 名 \_\_\_\_\_

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

代理人 氏名（自署） \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

※予防接種は、保護者（父母・養親）の同伴が原則です。

※事情により保護者以外（接種する人の健康状態をよく知る祖父母等）が同伴される場合には、この委任状を記入し、予診票に添えて提出してください。