

定期予防接種委任状

令和 年 月 日

今回、子どもの予防接種を受けるにあたり、保護者が特段の理由により同伴できないため、下記
予防接種につきまして下記の者を代理人と定め予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

(保護者自署)

保護者住所	
保護者氏名	印
緊急連絡先 (電話番号)	
子の氏名 (接種を受ける者)	
子の生年月日	年 月 日
接種する予防接種 (○をつけて下さい)	1. ヒブワクチン 2. 小児用肺炎球菌ワクチン 3. B型肝炎 4. 5種混合 5. BCG 6. 麻疹・風しん混合(MRワクチン) 7. 水痘 8. 日本脳炎 9. 二種混合 10. 子宮頸がん予防ワクチン 11. ロタウイルス 12. その他 ()
代理人住所	
代理人氏名	
代理人電話番号	
接種を受ける子との続柄	

※予防接種に保護者が同伴できない場合の委任状について

お子さんが定期予防接種を受ける場合、保護者(父、母、後見人)が同伴することが原則ですが、保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、接種を受けるお子さんの健康状態を普段からよく知っており、予診票の内容をよく理解している親族(祖父母等)などが同伴し、予防接種を受けることも可能です。ただし、その場合、保護者の委任状が必要となります。保護者以外の方が同伴する場合は、保護者がこの委任状に記入し、予診票と一緒に医療機関に提出してください。なお、この委任状はお手数ですが必要時各自コピーしてお使いください。

中泊町