

# 委任状

令和 年 月 日

委任者 (保護者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
保護者が手書きしない場合は、記名押印してください。

私は、下記被接種者が [ ] 定期予防接種を受けるにあたって、  
予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて  
理解した上で、下記の者を被接種者の健康状態を普段より熟知する者と認め、予防接種  
に係る同意について委任します。

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日 (年 齡)	年 月 日 (満 歳 か月)
予防接種名		
委任理由		仕事・病気・その他 ( )

受任者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_