

委任状

平成 年 月 日

委任者 住 所
(保護者)
氏 名 印
電話番号 ()

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 齢) | 平成 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