

# 委 任 状

(予防接種における保護者以外の同伴)

平成 年 月 日

私は、下記被接種者（子ども）が予防接種を受けるにあたり、特段の理由により同伴できないため、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、下記受任者を被接種者（子ども）の健康状態を普段より熟知している親族等であることと認め、予防接種に係る同意について委任いたします。

また、本委任状が居住地の市町に提出されることに同意します。

1	被接種者 (子ども)	住 所	電話番号 ( )	
		(フリガナ) 氏 名	(フリガナ)	
		生年月日	年	月
2	保護者氏名 (自署)		続柄	
3	委任理由	仕事 ・ 病気 ・ その他 ( )		
4	予防接種名			
5	受任者	住 所	電話番号 ( )	
		(フリガナ) 氏 名	(フリガナ)	
		被接種者 との関係		

※保護者とは親権を行うもの又は後見人である者を示します。