

委任状

私は、子どもが予防接種を受けるにあたり、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す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します。

また、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ましたので、代理人の接種同意をもって保護者の同意に代えることを承認します。

【保護者(委任者)】

委任日 令和 年 月 日

住 所
安 城 市

氏 名 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 - -

【代理人】

住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号 - -

【被接種者】

氏 名

生年月日 年 月 日