

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