

委 任 状

委任者（保護者）

氏名 _____ 印 _____

住所 松茂町
(連絡先 ☎ _____)

私は、（予防接種対象者） _____（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生）の
_____ 年 _____ 月 _____ 日実施の（予防接種の種類） _____ 予防接種
_____ 予防接種
_____ 予防接種
_____ 予防接種
_____ 予防接種

に際し、接種場所へ同伴できないため、下記の者を代理人とし、当該予防接種の実施に係る一切の権限を委任します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

代理人（保護者の代わりに予防接種に同伴する者）

氏名 _____

(予防接種対象者との続柄： _____)

住所 _____

(連絡先 ☎ _____)

<保護者の方へ>

- *この委任状は、ご記入の上、接種当日接種会場または接種を受ける医療機関にご持参下さい。
- *保護者の代わりに同伴できる方…お子さんの日頃の健康状態をよく知っている成人した親族の方（祖父母、おじ、おばにあたる人）

<医療機関の方へ>

- *当委任状を月毎の請求時に、予診票とともに松茂町保健相談センターまでご送付下さい。