

委任状

(予防接種を受ける児童乳幼児の同伴者)

代理人名 _____

住 所 _____

氏 名 _____

(フリガナ)	
対象児氏名	
生年月日	年 月 日

私は、今回の予防接種について佐川町のお知らせを読み理解した上で、上記の者を代理人と定め予防接種の申し込み及びこれに付随する行為の一切の権限を委任します。

そして、医師の診察後、代理人（同伴者）の接種同意をもって保護者同意に代えることを承認します。

委任する日（接種する日以前の1ヶ月以内）

令和 年 月 日

(予防接種を受ける児童乳幼児の保護者)

委任する人 _____

住 所 佐川町 _____

氏 名 _____

(署名は必ず自筆で、ご記入ください。)

連絡先電話番号 _____

※お子さんの予防接種の際に保護者以外の方が同伴する場合は、上記の「委任状」を、予防接種を受ける当日までに保護者本人が記載し、同伴者が医療機関に持参してください。医師から診察・説明を受けた後、接種を受ける場合は、同伴者が予診票の保護者自署名欄（同意欄）にサインすることになります。

※同伴者は、普段からお子さんの健康状態をよく知っている方（祖父母、成人の兄弟姉妹、ベビーシッターなど）に限ります。