

定期予防接種委任状

令和 年 月 日

このたび、定期予防接種を受けるにあたり、事情により同伴することができないので、下記の代理人に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

また、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて、接種医師からの説明を聞いた代理人の同意をもって、保護者の同意といたします。

保護者（委任状） 住所 柏原市
氏名 印
緊急時の連絡先（電話番号）

予防接種の種類（接種するものに○）

ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ BCG ・ 四種混合
二種混合 ・ 不活化ポリオ ・ 麻しん風しん混合 ・ 水痘
日本脳炎 ・ 子宮頸がん予防

接種者の氏名：

接種者の生年月日：平成・令和 年 月 日

代理人（同伴者） 住所
氏名
予防接種を受ける子どもとの関係（続柄）
祖父・祖母・おじ・おば・その他（ ）

※予防接種に保護者が同伴できない場合の委任状について

13歳未満の方が、定期予防接種を受ける場合、保護者（父母、後見人）が同伴することが原則です。しかし、保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、接種を受けるお子様の健康状態をよく知っている方（親族等）が同伴し、予防接種を受けることが可能です。ただし、その場合、委任状が必要になります。

必ず委任状をご記入のうえ医療機関に提出してください。