

## 予 防 接 種 委 任 状

令和 年 月 日

下記の予防接種を受けるにあたり、予防接種に関する一切の権限を代理人に委任し、代理人はこれを承諾します。

記

予防接種名 \_\_\_\_\_

被 接 種 者 氏名 \_\_\_\_\_ (令和 年 月 日生)

(接種を受ける子)

委 任 者 (保護者) : 住所 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_

代 理 人 (同伴者) : 住所 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_