|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任状代理人の氏名・住所を含め、全て委任者が記入してください。（予防接種を受ける児童の同伴者）代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　委任者からみた続柄（　　　　）※児童の健康状態を普段より熟知する親族等に限る。住所

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）対象児童氏名生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

　私は、今回の予防接種について市の説明書を読み予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、上記の者を代理人と定め予防接種の申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。　また、医師の診察後代理人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か月以内)　　令和　　 年　　 月　　 日(予防接種を受ける児童の親権者)委任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※署名は必ず自筆で、ご記入ください。住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昼間の連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

児童の親権者が同伴できない場合にご使用ください。