予防接種委任状

年 月 日

今回の予防接種を子どもが受けるに当たり、保護者が同伴できないため、下記のものを代理人と定め、予防接種を受けることに関する一切の権限を委任いたします。

接種対象者 氏名 _____

生年月日 _____

予防接種名 _____

委任者（保護者） 住 所 八千代市 _____

保護者自署 _____

緊急時の連絡先 _____

受任者（代理者） 住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

「予防接種手帳」及び八千代市の各予防接種のお知らせをよく読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応等の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて十分理解した上で予防接種を受けさせてください。

※予診票の接種同意欄の保護者サインは委任を受け同伴した方のサインです。