保護者以外の者が同伴する場合の委任状

委 任 状

（予防接種における保護者以外の同伴）

令和 年 月 日

 私は、下記被接種者（子ども）が予防接種を受けるにあたり、特段の理由により同伴できないため、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、下記受任者を被接種者（子ども）の健康状態を普段より熟知している親族等であることと認め、予防接種に係る同意について委任いたします。

 また、本委任状が居住地の市町に提出されることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  1  | 被接種者 （子ども）  | 住 所  |   電話番号（ ）  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏 名  | (ﾌﾘｶﾞﾅ)   |
| 生年月日  |  年 月 日  |
| 2  | 保護者氏名（自署）  |   | 続柄  |   |
| 3  | 委任理由  |  仕事 ・ 病気・ その他（ ）  |
| 4  | 予防接種名  |   |
| ５  | 受任者  | 住 所  |   電話番号（ ）  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏 名  | (ﾌﾘｶﾞﾅ)   |
| 被接種者との関係  |   |
|    |   |   |   |

※保護者とは親権を行うもの又は後見人である者を示します。