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。