

# 委任状

島原市長 様

代理人（同伴者）自署

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

子どもとの続柄（いずれかに「○」を付けてください）

祖父・祖母・おじ・おば・その他（ \_\_\_\_\_ ）

電話 \_\_\_\_\_

私（保護者）は、今回の予防接種を受けるにあたり、下記の理由により同伴できないため、被接種者（子ども）の健康状態を熟知している上記の者を代理人と定め、予防接種に係る権限を委任します。

また、代理人が接種する際に医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、代理人の同意を持って保護者の同意とすることを承認します。

## 記

○子どもの氏名 \_\_\_\_\_（生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日）

○予防接種の種類（いずれかに「○」を付けてください）

・ Hib 感染症 ・ 小児の肺炎球菌感染症 ・ 三種混合 ・ 二種混合（第1期・第2期）

・ 不活化ポリオ ・ BCG ・ 四種混合 ・ 麻しん風しん混合（MR） ・ 麻しん ・ 風しん

・ 日本脳炎 ・ ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防） ・ 水痘 ・ インフルエンザ

・ B型肝炎 ・ ロタウイルスワクチン

○同伴できない理由

\_\_\_\_\_

年 月 日

委任者（保護者）自署

住所 島原市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話（携帯電話など連絡がつく番号）

\_\_\_\_\_

※ 本委任状につきましては、接種した医療機関より、予防接種予診票とともに市へ提出されますので、ご了承ください。