

委任状

年 月 日

(子どもの氏名) _____ が受ける予防接種に保護者が引率できないため、

DPT-IPV (ジフテリア百日せき破傷風不活化ポリオ) : 四種混合	ロタ		
Hib (ヒブ)	小児用肺炎球菌	B型肝炎	BCG
不活化ポリオ	麻しん風しん混合 (MR)	水痘 (水ぼうそう)	
日本脳炎	DT (ジフテリア破傷風) : 二種混合	HPV	

(*受ける予防接種を○で囲んでください)

予防接種を受けることに関する一切の件を下記の者に委任します。

(*保護者または代理人の本人が自署しない場合は、氏名の隣に印を押してください)

委任者 (保護者) 住所 _____

氏名 _____ 緊急連絡先 _____

受任者 (代理者) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

「予防接種で元気な子ども」もしくは予診票裏面の説明を読み、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健康被害救済制度などについて十分ご理解したうえで、予防接種を受けさせていただきます。

※保護者とは父・母です。保護者氏名欄は父母いずれかの氏名を記載してください。

※代理者となる方は、お子さんの健康状態を普段から良く知っている祖父母、保護者の兄弟姉妹、保護者の友人等です (ただし、未成年の方は代理者にはなれません)。

※予診票の「保護者の記入欄」の保護者自署は、委任を受け同伴した方が自署してください。

(医療機関の方へ：この委任状は予診票と一緒に提出してください)