

委任状(予防接種)

私(保護者)は、子どもの予防接種を受けるにあたり事情により同伴することができません。したがって下記の代理人に予防接種に関する権限を委任致します。

医師の問診後に同伴者の同意をもって保護者の同意と致します。

年 月 日

患者氏名 _____

生年月日 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

(同伴者)
代理人氏名 _____

代理人住所 _____

接種者との続柄 _____

(委任する者)
保護者氏名 _____ 印

保護者住所 _____

緊急時連絡先 _____