## 【予防接種に保護者が同伴できない場合の委任状について】

お子様が予防接種を受ける場合、保護者の同伴を原則としますが、保護者が特段の理由で同伴することができない場合、お子様の健康状態を普段からよく知っており、予診票の内容をよく理解している親族(祖父母等)などが同伴し、予防接種を受けることが可能です。 接種の際は、この委任状を記入し、予診票と一緒に提出してください。

インフルエンザワクチン予防接種委任状         年月日         保護者(委任者)         佐         予防接種を受ける方         氏名         生年月日年月日日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。         代理人(同伴者)         住所         氏名         予防接種を受ける方との関係(続柄)         電話番号 ( )									
保護者 (委任者)         住所       氏名         ・ 下防接種を受ける方         氏名         生年月日       年月日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。         代理人 (同伴者)         住所         氏名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)		イン	フルエンサ	「ワクチンう	<sup>5</sup> 防接種委	任状			
住所         氏名         電話番号       ( )         下放接種を受ける方         氏名         生年月日       年 月 日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。         代理人 (同伴者)         住所         氏名         予防接種を受ける方との関係 (統柄)							年	月	E
住所         氏名         本年月日       年月日         日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。         代理人(同伴者)         住所         氏名         予防接種を受ける方との関係(統柄)									
氏名     ①       電話番号 ( )       子防接種を受ける方       氏名       生年月日 年月日       私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。       代理人 (同伴者)       住所       氏名       予防接種を受ける方との関係 (続柄)			保護	雙者 (委任者	<del>`</del> )				
氏名     ①       電話番号 ( )       子防接種を受ける方       氏名       生年月日 年 月 日       私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。       代理人 (同伴者)       住所       氏名       予防接種を受ける方との関係 (続柄)	n ~								
電話番号           予防接種を受ける方           氏名           生年月日         年月日日           私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。           代理人(同伴者)           住所           氏名           予防接種を受ける方との関係(続柄)	住 所								_
電話番号       )         予防接種を受ける方         氏名         仕理人 (同伴者)         住所         氏名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)	氏 名			(A)					
予防接種を受ける方         氏名       生年月日       年       月       日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。       代理人 (同伴者)         住所       氏名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)	71								
氏名         生年月日       年       月       日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。         代理人 (同伴者)         住所         氏名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)	電話番号	(	)						
氏名         生年月日       年       月       日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。         代理人 (同伴者)         住所         氏名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)									
生年月日       年       月       日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。       代理人 (同伴者)         住所       氏名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)			予防	接種を受け	る方				
生年月日       年       月       日         私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。       代理人 (同伴者)         住所       氏名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)	v								
私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。	<u></u>								
私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。	生年月日	年	月	Ħ					
代理人 (同伴者)         住 所         氏 名         予防接種を受ける方との関係 (続柄)	<u> </u>	·	/1	— н					
住 所 氏 名 予防接種を受ける方との関係 (続柄)	私は、下記の者	たに本日の予	防接種に関	する一切の	権限を委任	Eします。			
<u>任 所</u> <u>氏 名</u> <u>予防接種を受ける方との関係(続柄)</u>									
氏 名 予防接種を受ける方との関係 (続柄)			代理	里人(同伴者	<del>'</del> )				
氏 名 予防接種を受ける方との関係 (続柄)	0 -4								
予防接種を受ける方との関係(続柄)	住 所								=
予防接種を受ける方との関係(続柄)	任 夕								
	Д								
	予防接種を受け	· る方との関 <sup>ん</sup>	係(続柄)						
電話番号 ( )		· ·	*****						
	電話番号	(	)						