

任意予防接種 委任状

西暦 年 月 日

私は下記の代理人に、この予防接種に関する一切の権限と責任を委任します。

保護者（委任者）住所

氏名（保護者自署）

印

緊急連絡時の連絡先（電話番号）

予防接種の種類：インフルエンザ予防接種（注射・フルミスト）※○をつけてください

お子様の氏名： (カタカナ) 男・女

生年月日：西暦 年 月 日 (才)

ワクチン接種日① 年 月 日 ()

② 年 月 日 ()

代理人（同伴者） 住所

氏名（代理人自署）

連絡先（TEL 番号）

お子様との関係（いずれかに○）

祖父 祖母 おじ おば その他 ()

* 予防接種委任状について

予防接種を受ける場合、保護者（父母、養育者）が同伴することが原則です。

保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、

保護者の代わりに予防接種を受けるお子様の健康状態をよく知る親族（祖父母、親族など）を代理人として予防接種を受けることができます。

その際、この委任状が必要となります。予診票を添えて提出してください。

※予診票に必ず保護者のサインをしてお持ちください。

サインがないと受ける事ができませんので、ご注意ください。

はたの東神奈川キッズクリニック

