

予防接種委任状

(平成____年____月____日)の予防接種を受けるにあたって、被接種者の健康状態を熟知する同伴者を代理人と定め、親権者にかわって医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などを理解した上、予防接種を受けることに同意するか同意しないかの判断をすることを委任します。

保護者（委任者）

住所 _____

氏名（保護者自署） _____ 印

緊急連絡先（電話） _____

被接種者（お子様）氏名 _____

生年月日 平成____年____月____日

代理人（同伴者）

住所 _____

氏名（代理人自署） _____

被接種者との関係 _____

平成____年____月____日