

委 任 状

委任者 (保護者)	フリガナ		
	氏 名	印	
	住 所		
	電話番号		
	接種を受ける者 (被接種者)	フリガナ	
氏 名			
生年月日			

私は、今回の予防接種について市のお知らせと説明書の内容を読み理解した上で、次の者を代理人と定め予防接種の申し込み及びこれに付随する行為をなす権限を委任します。医師診察後に同伴者の接種同意を持って保護者同意とすることを承認します。

令和 年 月 日

受任者	フリガナ		
	氏 名		
	住 所		
	電話番号		
	接種を受ける者との続柄		