

委任状

令和 年 月 日

委任者（保護者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____

私は、下記の被接種者が予防接種を受けるにあたって、予防接種の同伴及び
予防接種に係る同意について、下記の者に一切の権限を委任します。

| | |
|-----------------------|--------------|
| 被接種者氏名 (予防接種を受ける方) | 平成 令和 年 月 日生 |
| 予防接種名 | |
| 接 種 日 | |

受任者（親族等同伴者）

住 所 _____

氏 名 _____

被接種者との関係 _____

※ 予防接種には、原則、保護者の同伴を必要としますが、保護者が特段の理由により
同伴できない場合は、被接種者（予防接種を受けられる方）の健康状態を普段からよ
く知っている親族等が同伴し、接種を受けることが可能です。その場合には、予防接
種に係る同意等について委任状（本様式）の提出が必要となります。

※ 予診票の「保護者自書」は、同伴者が同伴者自身の氏名を記載してください。