

委任状

阿見町長 殿

今回の予防接種を受けるにあたり、私（保護者）が特段の理由により同伴できないため、被接種者の健康状態を熟知している代理人（同伴者）に、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種に同意する権限を委任します。

年 月 日

被接種者（お子さん）

氏名

生年月日

年 月 日 生

委任者（保護者自署）

住所

氏名

_____ (印)

生年月日

年 月 日 生

電話番号

代理人（同伴者）

住所

氏名

生年月日

年 月 日 生

医療機関の方へ

阿見町へ提出の際は、接種した予診票へ添付してください。複数同時接種の場合には、必要部数をコピーしそれぞれの予診票に添付してください。