

# 予 防 接 種 委 任 状

私は、今回の予防接種を受けるにあたり、事情により同伴することができないため、下記の者に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

また、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて、接種医師からの説明を聞いた代理人の接種同意をもって、保護者の同意とすることを承認します。

令和 年 月 日

被接種者（ワクチン接種を受ける方）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

保護者（委任者）自署

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代理人（同伴者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

※ 16歳未満の方がワクチン接種を受ける場合、原則保護者の同伴が必要です。

※ 保護者が同伴できない場合、健康状態を普段から熟知している親族等が同伴してください。その場合、保護者の委任状が必要となります。

この「予防接種委任状」に保護者が自署し、予診票に添えて医療機関に提出してください。

※この委任状は、予診票とともに町に提出されます。