

予防接種委任状

平成 年 月 日

代理人（同伴者）住所 _____

氏名 _____

予防接種を受ける子との続柄 _____

私は予防接種の効果や目的、重篤な副反応の発生の可能性及び予防接種救済制度などについて理解し、上記の者に接種の同伴を委任いたします。

保護者（委任者）住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

接種者 ふりがな
氏名 _____

生年月日 _____

予防接種の種類 _____