

定期予防接種における委任状

年 月 日

委任者（保護者） 住 所： _____

氏 名： _____

電話番号： _____

私は、下記の者に、本日の予防接種に関する一切の権限を委任します

記

予防接種を受ける子どもの氏名： _____

代理者（同伴者） 住 所： _____

氏 名： _____

予防接種を受ける子どもとの関係（続柄）： _____

電話番号： _____

※すべて委任者（保護者）が自署してください