

# 委任状

本巢市長 様

令和 年 月 日

委任者（保護者） 住 所

氏 名

緊急連絡先（電話）

私は接種を希望する下記の予防接種において、事前に注意事項・説明を読み  
 予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種健康被害救済  
 制度などについて理解しておりますが、保護者として同伴することができませ  
 んので、普段から被接種者の健康状態を熟知している下記代理人に、一切の権  
 限を委任します。

被 接 種 者	予防接種の種類	ロタウイルス（1回目・2回目・3回目（ロテックのみ）） BCG ・ B型肝炎（1回目・2回目・3回目） 急性灰白髄炎（1回目・2回目・3回目・追加） 5種混合【DPT-IPV,Hib】（1-1・1-2・1-3・1-追加） 4種混合【DPT-IPV】（1-1・1-2・1-3・1-追加） 2種混合【DT】（2期・ ）・麻しん風しん（1期・2期） 水痘（1回目・2回目） 日本脳炎（1-1・1-2・1-追加・2期） Hib感染症（初-1・初-2・初-3・追加） 小児の肺炎球菌感染症（初-1・初-2・初-3・追加） ヒトパピローマウイルス（1回目・2回目・3回目） 新型コロナウイルスワクチン（1回目・2回目・3回目・4回目・5回目）
	住 所	本巢市
	フリガナ 氏 名	男 女
	生年月日	平成・令和 年 月 日（満 歳 か月）
接種同伴者 （代理人）	住 所	電話（ ）
	氏 名	
	被接種者との続柄	
保護者が同伴 できない理由		