R8. 4～

委　任　状

本巣市長　様

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います。しかし、保護者として同伴することができないため、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(ﾛﾀﾃｯｸのみ)） 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期－１・１期－２・１期－３・１期－追加） ３種混合【DPT】（１期－１・１期－２・１期－３・１期－追加） ２種混合【DT】（　２期　・　　） 水痘（１回目・２回目） 麻しん風しん（１期・２期） 麻しん（１期・２期）　　風しん（１期・２期） 日本脳炎　（１期－１・１期－２・１期－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）
	住　所	本巣市
	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		