

# 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 - 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・ ） 水痘（1回目・2回目） 麻疹風しん（1期・2期） 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）
	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		