

# 任意予防接種 委任状

西暦 年 月 日

私は下記の代理人に、今日の予防接種に関する一切の権限を委任します。

保護者 住所

氏名

印

予防接種の種類: \_\_\_\_\_

お子さまの氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: 西暦 年 月 日

代理人 住所

氏名

お子さまとの関係(いずれかに○)

祖父 祖母 おじ おば その他( )

## \* 予防接種委任状について

予防接種を受ける場合、保護者(父母、養育者)が同伴することが原則です。保護者が諸事情により同伴できない場合は、保護者の代わりに予防接種を受けるお子さまの健康状態をよく知る親族(祖父母、親族等)を代理人として予防接種を受けることができます。その際、この委任状が必要となります。予診票を添えて提出してください。

キャップクリニック