

委 任 状

____年 ____月 ____日に (こどもの名前) _____が
(接種するものに○) Hib ・ 小児用肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ 四種混合 ・
BCG ・ 麻しん風しん混合 ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ () を

接種するにあたり、保護者がやむをえない事情により同伴できないため、
こどもの普段の健康状態をよく知っている代理人に委任します。

保護者と代理人は「予防接種と子どもの健康」または通知文をよく読み、
今回受ける予防接種の効果や副反応、健康被害について理解したので、
代理人の同意をもって保護者の同意とします。また、この委任状が佐久穂
町に提出されることも合わせて同意します。

【こどもの保護者】

氏名 _____ ㊞ (こどもとの続柄: _____)

住所 佐久穂町 _____

連絡の取れる電話番号 _____

【代理人】

氏名 _____ ㊞ (こどもとの続柄: _____)

住所 _____

連絡の取れる電話番号 _____