

# 委任状

令和 年 月 日

はぐくみクリニック 宛

私はこの度、こどもが予防接種を受ける際に、事情により同伴することができないため、下記のことを代理人と定め、予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

(接種ワクチン名) \_\_\_\_\_

予防接種対象者 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日 \_\_\_\_\_

委任者（保護者）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

受任者（代理者）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

## 注意事項

- ・ 代理人は、子どもの状態を普段より熟知している親族に限ります。
- ・ 親族等とは祖父母、保護者の兄弟姉妹です。
- ・ 委任状がない場合は接種できませんのでご注意ください。
- ・ 予防接種を受ける当日は、この委任状と母子手帳を必ず持参してください。