

- ※ 保護者（父母）以外の親族などが同伴される場合に、この委任状をご使用ください。
- ※ 予防接種一種類につき一枚ご記入ください。

## 委任状

私は、本日の予防接種の同伴及び予防接種に係る同意等について、下記の受任者に一切の権限を委任します。

接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

予防接種を受ける人 氏名 \_\_\_\_\_

予防接種の種類 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者(保護者) 住所 益城町 \_\_\_\_\_

氏名(保護者自署) \_\_\_\_\_ 印

\* 忘れずに認印を押してください

緊急連絡先 Tel \_\_\_\_\_

受任者(親族等同伴者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

予防接種を  
受ける人との関係 \_\_\_\_\_

益城町長 様

定期予防接種には、原則、保護者の同伴を必要としますが、保護者が特段の理由により同伴できない場合は、被接種者の健康状態を普段からよく知っている親族等が同伴し接種を受けることも可能です。その場合には予防接種に係る同意等についての委任状の提出をお願いします。

益城町 健康づくり推進課