

## 予防接種委任状

習志野市長宛て

年 月 日

保護者（委任者）住所 習志野市

氏名（保護者自署）

緊急時の連絡先（電話番号）

予防接種を受ける子どもの氏名

生年月日 年 月 日生

子どもが受ける予防接種に、私が同伴できないため、下記の者を代理人と定め、

- ヒブ     小児用肺炎球菌     B型肝炎     ロタウイルス
- DPT-I PV（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ）
- BCG     日本脳炎     MR（麻しん風しん混合）     水痘
- DT（ジフテリア・破傷風）     ヒトパピローマウイルス     不活化ポリオ

\*受ける予防接種にレ点を入れてください。

の予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

なお、保護者、代理人とも本委任状が習志野市に提出されることに同意します。

記

代理人（同伴者）住所

氏名（代理人自署）

予防接種を受ける子どもとの関係（続柄）

連絡先（電話番号）

習志野市の予防接種の綴りや「お子さんの予防接種と健康」の説明を読み、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十分ご理解したうえで、予防接種を受けさせてください。

※予診票の接種同意欄の保護者のサインは、委任を受け同伴した方のサインです。

（医療機関の方へ この委任状は予診票と一緒に提出してください。）

## 予防接種委任状

習志野市長宛て ○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者（委任者）住所 習志野市 鷺沼1-1-1

氏名（保護者自署） 習志野 花子

緊急時の連絡先（電話番号） 047-451-0000

予防接種を受ける子どもの氏名 習志野 一郎

生年月日 2018 年 1 月 1 日生

子どもが受ける予防接種に、私が同伴できないため、下記の者を代理人と定め、

- ヒブ     小児用肺炎球菌     B型肝炎     ロタウイルス
  - DPT-I PV（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ）
  - BCG     日本脳炎     MR（麻しん風しん混合）     水痘
  - DT（ジフテリア・破傷風）     ヒトパピローマウイルス     不活化ポリオ
- \*受ける予防接種にレ点を入れてください。

の予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

なお、保護者、代理人とも本委任状が習志野市に提出されることに同意します。

### 記

代理人（同伴者）住所 船橋市001-1-1

氏名（代理人自署） 船橋 太郎

予防接種を受ける子どもとの関係（続柄） 祖父

連絡先（電話番号） 090-0000-●●●●

習志野市の予防接種の綴りや「お子さんの予防接種と健康」の説明を読み、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十分ご理解したうえで、予防接種を受けさせてください。

※予診票の接種同意欄の保護者のサインは、委任を受け同伴した方のサインです。

（医療機関の方へ    この委任状は予診票と一緒に提出してください。）

保護者が記入

代理人が記入