

## 定期予防接種における同伴委任状

美深町長 様

今回、子どもの予防接種を受けるにあたって、私（保護者）が特段の理由により同伴できないため、被接種者の健康状態を普段から熟知している親族等を代理人（同伴者）と定め、予防接種に関する一切の権限を委任します。私と代理人は予防接種についての説明書を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解しましたので、代理人の同意をもって、保護者の同意とします。また、本委任状が美深町に提出されることを同意します。

令和 年 月 日

予防接種年月日 \_\_\_\_\_年 月 日

予防接種名 該当する予防接種を○で囲んでください。

ロタ・B型肝炎ワクチン・ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチン・BCG  
ワクチン・四種混合ワクチン・五種混合ワクチン・二種混合（ジフテリア・  
破傷風）ワクチン麻しん風しんワクチン・水痘ワクチン・日本脳炎ワクチン  
子宮頸がんワクチン

委任者（保護者名） 美深町 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (印)

接種者（お子さんの名前） \_\_\_\_\_

代理人（同伴者） \_\_\_\_\_

子どもとの関係（いずれかに○） 祖父・祖母・おじ・おば・その他（ ）