定期予防接種委任状

令和　　年　　月　　日

このたび、定期予防接種を受けるにあたり、事情により同伴することができないので、下記の代理人に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

また、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて、接種医師からの説明を聞いた代理人の同意をもって、保護者の同意といたします。

保護者（委任者）住所　八尾市

氏名　　印

緊急時の連絡先（電話番号）

予防接種の種類（接種するものに〇）

ロタ・ヒブ・小児用肺炎球菌・Ｂ型肝炎・4 種混合

ＢＣＧ・不活化ポリオ・麻しん風しん混合・水痘

2 種混合・日本脳炎・子宮頸がん予防

接種者の氏名：

接種者の生年月日：　　年　　月　　日

代理人（同伴者）住所

氏名

予防接種を受ける子供との関係（続柄）

祖父・祖母・おじ・おば・その他（　　）

※ 予防接種に保護者が同伴できない場合の委任状について

13 歳未満の方が、定期予防接種を受ける場合、保護者（父母、後見人）が同伴することが原則です。しかし、保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、接種を受けるお子様の健康状態を良く知っている方（親族等）が同伴し、予防接種を受けることが可能です。ただし、その場合、委任状が必要になります。

必ず、委任状を記入の上、医療機関に提出してください。