

※保護者（父母・養親）以外の方が同伴して接種する場合は、保護者が下記の委任状を記入してください。（裏面に委任状のない予診票を使用する場合にお使いください。）

委 任 状

平成 年 月 日

今回、子どもの（^{*予防接種名記入}）予防接種を受けるに当たり、私（保護者）が事情により同伴できないため、被接種者の健康状態を普段より熟知している親族を代理人と定め、予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

保護者（委任者）住所 _____

氏名(保護者自署) _____

緊急連絡先(電話) _____

お子さま（接種を受ける者）の氏名 _____

生年月日：平成 年 月 日

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） _____

電話番号 _____

新城市 健康課（新城保健センター） 新城市矢部字上ノ川1番地8 電話番号 0536-23-8551

委 任 状

平成 年 月 日

今回、子どもの（^{*予防接種名記入}）予防接種を受けるに当たり、私（保護者）が事情により同伴できないため、被接種者の健康状態を普段より熟知している親族を代理人と定め、予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

保護者（委任者）住所 _____

氏名(保護者自署) _____

緊急連絡先(電話) _____

お子さま（接種を受ける者）の氏名 _____

生年月日：平成 年 月 日

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） _____

電話番号 _____

新城市 健康課（新城保健センター） 新城市矢部字上ノ川1番地8 電話番号 0536-23-8551

※半分に切り取ってお使いください。不足分はコピーをしてお使いください。

