

委任状

(予防接種を受ける児童乳幼児の同伴者)

代理人名 _____

住 所 _____

氏 名 _____

(フリガナ)	
対象児氏名	
生年月日	平成 年 月 日

私は、今回の予防接種について江東区から送られたお知らせと説明書の内容を読み理解した上で、上記の者を代理人と定め予防接種の申し込み及びこれに付随する行為の一切の権限を委任します。

そして、医師の診察後、代理人（同伴者）の接種同意をもって保護者同意に代えることを承認します。

委任する日（接種する日以前の1か月以内） 平成 年 月 日

(予防接種を受ける児童乳幼児の保護者)

委任する人 _____

住 所 江東区 _____

氏 名 _____

(署名は必ず自筆で、ご記入ください。)

昼間の連絡先電話番号 _____