

# 委任状

令和 年 月 日

委任者 住所 .....  
(保護者) 氏名 ..... 印  
電話番号 ( ) .....

私は、下記被接種者が〔 ..... 〕定期予防接種を受けるにあたって、  
予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて  
理解した上で、下記の者を被接種者の健康状態を普段より熟知する者と認め、予防接種  
に係る同意について委任します。

|                  |              |                         |
|------------------|--------------|-------------------------|
| 被<br>接<br>種<br>者 | 住所           |                         |
|                  | 氏名           |                         |
|                  | 生年月日<br>(年齢) | 平成・令和 年 月 日<br>(満 歳 か月) |
| 予防接種名            |              |                         |
| 委任理由             |              | 仕事・病気・その他 ( )           |

受任者 住所 .....  
氏名 .....  
電話番号 ( ) .....

被接種者との続柄 .....