

# 定期予防接種委任状

平成 年 月 日

## 保護者（委任者）

住 所： つがる市 \_\_\_\_\_

氏 名（保護者自署）： \_\_\_\_\_ 印

緊急連絡先（電話番号）： \_\_\_\_\_

私は、本日受ける予防接種に同伴できないため、下記の者に保護者の代理として同伴を依頼します。

なお、本日受ける予防接種について、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度について理解したので接種させることに同意します。

予防接種を受ける子どもの氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

予防接種の種類（今回接種するものに○をして下さい）

BCG 四種混合 三種混合 二種混合 麻しん風しん混合(MR)

麻しん 風しん 日本脳炎 ポリオ ヒブ 小児用肺炎球菌

## 代理人（同伴者）

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名（代理人自署）： \_\_\_\_\_

接種する子どもとの関係（続柄）： \_\_\_\_\_

つ が る 市