

委任状

やの内科・小児科クリニック 院長 宛

私は、今回の予防接種について、注意事項などの説明を読み、内容を理解したうえで、下記の者を代理人と定め、予防接種の申し込み、および、これに付随する行為をなす権限を、委任します。

また、医師の診察後に、同伴者の接種同意をもって、保護者同意とすることを、承認します。

代理人(同伴者)

【住 所】

【氏 名】

(西暦) 年 月 日 (接種する日以前の1か月以内の日付を記入)

【被接種者氏名】

【保護者 氏名】(必ず直筆)

【住所】

【連絡先電話番号】