

桜川市 予防接種委任状

子ども（被接種者）の予防接種を受けるにあたり、私（保護者）が事情により同伴することができないため、子ども（被接種者）の健康状態を普段よりよく知る下記代理人に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

私（保護者）と代理人は、予防接種についての説明書(予防接種と子どもの健康)を読み、予防接種の効果や目的、副反応が起こる可能性及び予防接種救済制度等について理解しましたので、医師の診察後に代理人の同意をもって私（保護者）の同意といたします。

年 月 日

【被接種者(子ども)】

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

予防接種の種類： _____

【委任者(保護者／父母等親権を行う者・後見人)】

氏名： _____

住所： _____

緊急連絡先： _____ (_____)

【代理人(同伴者／被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等)】

氏名： _____

住所： _____

被接種者との関係： 祖父 祖母 叔父 叔母 その他(_____)
(いずれかに○)

- ・ 子ども(16歳未満)の予防接種をする際には、保護者(父母等親権を行う者、後見人)が同伴することが原則です。
- ・ 事情により保護者以外が同伴される場合は、この委任状を保護者本人が記入し、代理人(同伴者)が予診票に添えて医療機関に提出してください。その場合は、代理人(同伴者)が予診票の保護者自署欄に自署してください。
- ・ 代理人(同伴者)となれる方は、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等で適切な方(祖父母等)となります。

※本委任状については、予防接種予診票とともに、桜川市に提出されますので、ご了承ください。