

※予防接種は保護者同伴が原則です。

ただし、特段の理由で保護者が同伴できない場合、普段より対象者の健康状態を熟知する親族が同伴し、保護者からの委任状を持参した方に限り接種が可能となります。

予防接種に関する委任状

私は予防接種を受けるに当たって、説明（「予防接種と子どもの健康」やお知らせ等）を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、下記の同伴者に必要な保護者の同意権限を委任します。

記

予防接種名 麻しん風しん

接種日 平成 23年 2月 1日

対象者氏名 大和 花子

生年月日 平成 22年 1月 1日

対象者住所 大和市下鶴間1-1-1

電話番号 046-260-5661

同伴者氏名 神奈川 明子

注意：

同伴者住所 大和市鶴間1-31-7

全て、保護者が記入します。

電話番号 046-260-5662

予防接種対象者との関係 祖母

保護者氏名 大和 太郎

保護者住所 大和市下鶴間1-1-1

予防接種時、連絡の
つく電話番号 090-XXXXX-XXXXX

予防接種対象者との関係 父

平成 23年 1月 31日

以上