

# 委任状

(代理人) 住 所

代理人自署



生 年 月 日                      年                      月                      日

※ 代理人は、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等となります。

子 \_\_\_\_\_ に \_\_\_\_\_

(子の氏名)

(予防接種の種類)

の予防接種を受けさせることについて、上記の者にその権限を委任します。

令和                      年                      月                      日

(保護者) 住 所

保護者自署



生 年 月 日                      年                      月                      日

※ 委任状の署名は、代理人・保護者とも各々直筆でお願いします。

下 村 医 院

予防接種を保護者以外の方の同伴で行う場合、問診票と一緒にこちらの委任状を必ずお持ちください。委任状がない場合、接種できません。

## 委 任 状

(代理人) 住 所

代理人自署



生年月日

年

月

日

※ 代理人は、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等となります。

子 \_\_\_\_\_ に \_\_\_\_\_ 小児インフルエンザ

(子の氏名)

(予防接種の種類)

の予防接種を受けさせることについて、上記の者にその権限を委任します。

令和 年 月 日

(保護者) 住 所

保護者自署



生年月日

年

月

日

※ 委任状の署名は、代理人・保護者とも各々直筆でお願いします。

下 村 医 院