

予 防 接 種 委 任 状 (同 伴 な し)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

予防接種を受ける人との関係 _____

(例)祖母、おば

保護者である私は、予防接種の効果・副反応および予防接種健康被害救済制度を理解し、予診票の記載事項についても理解したうえで、下記の予防接種に同意します。

予防接種を受ける人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

希望するワクチン (以下にすべてを記載して下さい)

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 自署 _____ 続柄 ()

