

定期予防接種委任状

年 月 日

下記の予防接種を受けるにあたって、私（保護者）が同伴できないため、子どもの健康状態を熟知する者を代理人と定めます。私は、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などを理解した上で、予防接種に関する一切の権限を代理人に委任します。医師診察後に代理人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。

保護者（委任者）住所 _____

氏 名（保護者自署） _____ ⑩

緊急時の連絡先（電話番号） _____

予防接種の種類
(接種するものに○)

：ロタウイルス【1回目・2回目・3回目】
B型肝炎【1回目・2回目・3回目】
Hib感染症【1回目・2回目・3回目・追加】
小児肺炎球菌感染症【1回目・2回目・3回目・追加】
四種混合【1回目・2回目・3回目・追加】
ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】
結核（BCG）
水痘【1回目・2回目】
麻疹・風疹【1期・2期】
日本脳炎【1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期】
二種混合2期
その他（ _____ ）

予防接種を受ける子どもの氏名 _____

代理人（受任者）住 所 _____

氏 名 _____

予防接種を受ける子どもとの関係（続柄） _____

連絡先（電話番号） _____

必ず保護者が全て記入をしてください。