

年 月 日

# 定期予防接種委任状

今回、子どもの予防接種を受けるにあたり、保護者が特段の理由により同伴できないため、下記の者を代理人と定め（予防接種名を記載）予防接種に関する一切の権限を委任します。

## 保護者（委任者）

住 所 　むつ市

緊急連絡先（電話番号）（ ）

氏 名

お子さま（接種を受ける方）の氏名

生年月日 年 月 日

記

## 代理人（同伴者）

住 所

氏 名

電話番号（ ）

お子さま（接種を受ける方）との続柄

以 上

※予防接種を受ける当日にこの委任状を予診票と共に持参してください

むつ市