

小美玉市予防接種委任状

今回の予防接種を受けるにあたり、私（保護者）が同伴できないため、被接種者の健康状態を熟知している代理人（同伴者）に、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種に同意する権限を委任します。

年 月 日

被接種者（お子さん） 氏 名 _____

委任者（保護者自署） 氏 名 _____

住 所 _____ 小美玉市

連絡先 _____

代理人（同伴者） 氏 名 _____

住 所 _____

代理人と被接種者との関係（いずれかに○）

祖父 ・ 祖母 ・ おじ ・ おば ・ その他（ ）

～予防接種委任状について～

子どもが定期予防接種を受ける場合、保護者（親権を行う者又は後見人）が同伴することが原則ですが、やむを得ない理由により同伴できない場合は、日頃から子どもの健康状態をよく知る親族等の同伴にて接種が可能です。この委任状を接種時に医療機関へ予診票とともに提出してください。任意の予防接種に関しても、保護者が同伴できない場合は委任状をお使いください。

【問合せ先】

四季健康館（健康増進課） : 0299-48-0221

小川保健相談センター（小川玉里保健係） : 0299-58-1411