

# 委任状

代理人（接種対象者に同伴する者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

委任者（保護者）

私は、上記の者を代理人と定め、以下の事項について委任します。

予防接種を受けるにあたっては、「予防接種と子どもの健康」またはワクチン説明文を読み、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などについて理解しました。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_（自署または記名押印）

接種対象者との続柄： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

接種対象者（子）の氏名 \_\_\_\_\_

（委任事項）

接種対象者（氏名 \_\_\_\_\_）の下記予防接種の同伴及び予防接種の際の保護者の同意に関すること

同伴・同意を委任する予防接種 (該当するものにレ点)	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 1 期初回 1 回目
	<input type="checkbox"/> 四種混合 1 期初回 1 回目	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 1 期初回 2 回目
	<input type="checkbox"/> 四種混合 1 期初回 2 回目	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 1 期追加接種
	<input type="checkbox"/> 四種混合 1 期初回 3 回目	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 2 期接種
	<input type="checkbox"/> 四種混合 1 期追加接種	<input type="checkbox"/> 二種混合 2 期接種
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン初回 1 回目	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 1 期
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン初回 2 回目	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 2 期
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン初回 3 回目	<input type="checkbox"/> 水痘 1 回目
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン追加接種	<input type="checkbox"/> 水痘 2 回目
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回 1 回目	<input type="checkbox"/> B 型肝炎 1 回目
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回 2 回目	<input type="checkbox"/> B 型肝炎 2 回目
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回 3 回目	<input type="checkbox"/> B 型肝炎 3 回目
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌追加接種	<input type="checkbox"/> ロタワクチン 1 回目
	<input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん予防) 1 回目	<input type="checkbox"/> ロタワクチン 2 回目
	<input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん予防) 2 回目	<input type="checkbox"/> ロタワクチン 3 回目 (ロタテックのみ)
	<input type="checkbox"/> HPV (子宮頸がん予防) 3 回目	<input type="checkbox"/> 上記全ての予防接種