

成田市予防接種委任状

代理人(同伴者)

氏 名

住 所

接種対象者との関係

接種対象者

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

私は、今回の予防接種について市のお知らせを読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、上記の者を代理人と定め予防接種の申し込み及びこれに付随する行為の一切の権限を委任します。

そして、医師の診察後、代理人(同伴者)の接種同意をもって保護者同意に代えることを承認します。

委任する日(接種する以前の1か月以内)

令和 年 月 日

保護者(委任者)

氏 名

(署名は必ず自筆でご記入ください。)

住 所

電 話 番 号

接種対象者との関係 父・母・その他()