

委 任 状

年 月 日

指定医療機関の長 様

委 任 者
(保護者)

住 所 _____

本人署名 _____ 印 (スタンプ印は不可)

接 種 者

氏 名 _____

() 予防接種について、
私は、次の者を代理人に選任し、その権限を委託します。

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____ 委任者との関係()

～～～
～～～
～～
～～～
～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～
～～～～～～～～
～～～～～～～
～～～～～～
～～～～～
～～～～
～～～
～～
～

定期の予防接種には、原則保護者の同伴を必要とするが、保護者が特段の理由で同伴できない場合、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等で適切なものが接種対象者に同伴することは差し支えないものとする。

この場合、事前に説明する等により、予診票の記載事項について保護者の理解を求めるとともに、接種の際には、予診票に加え、当該同伴者の同意をもって保護者の同意とする旨の委任状の提出を併せて求めるものとする。

平成 20 年 4 月厚生労働省健康局結核感染課

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～～～～～～～
～～～～～～～～
～～～～～
～～～
～～
～