

(様式第3)

# 委任状

代理者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

予防接種を受ける人との関係 \_\_\_\_\_

私は、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度を理解し、予診票の記載事項についても理解した上で、上記の者を代理人と定め、下記の予防接種の際に同意する権限を委任します。

年 月 日

予防接種を受ける人

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
希望する 予防接種の種類	

保護者自署 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )