

委任状

代理人（同伴者）

住 所

氏 名

私は、今回の予防接種についての区のお知らせと説明書の内容を読み理解した上で、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をなす権限を委任します。医師診察後に同伴者の接種同意をもって保護者同意とすることを承認します。また、本様式が渋谷区に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者（子の名前）

被接種者の生年月日 平成・令和 年 月 日

接種する予防接種

保護者氏名

（※署名は必ず自筆でお書きください）

住 所

連絡先電話番号

※委任状は1回の接種毎に必要です。

※接種を希望しない場合、保護者が同伴する場合、接種を受ける人が16歳以上の場合、本書は不要です。