

# 委任状

平成 年 月 日

委任者(保護者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名(保護者自署) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

私は、下記の被接種者が予防接種を受けるにあたって、予防接種の同伴及び予防接種に係る同意等について、下記の受任者に一切の権限を委任します。

被接種者氏名 (予防接種を受ける人)	
予防接種名	

受任者(親族等同伴者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との関係 \_\_\_\_\_

※ 定期(熊本市行政措置制度による予防接種を含む)の予防接種には、原則、保護者の同伴を必要としますが、保護者が特段の理由により同伴できない場合は、被接種者の健康状態を普段からよく知っている親族等が同伴し接種を受けることも可能です。その場合には予防接種に係る同意等についての委任状の提出が必要となります。

熊本市感染症対策課