

保護者以外の方が同伴する場合は、保護者がこの委任状に記入し、予診票と一緒に医療機関へ提出してください。（複数枚必要な方は、コピーして使用してください。）

## 定期予防接種委任状

年 月 日

委任者（保護者） 住所 熊本県玉名郡長洲町 \_\_\_\_\_

氏名（保護者自署） \_\_\_\_\_ 印

緊急時の連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

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、受任者に一切の権限を委任します。

また、本委任状が長洲町に提出されることに同意します。

### 記

予防接種名 \_\_\_\_\_

被接種者氏名  
(子どもの氏名) \_\_\_\_\_

受任者（同伴者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

子どもとの関係（続柄） \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_