

令和 年 月 日

社会福祉法人恩賜財団母子愛育会
総合母子保健センター愛育クリニック宛

予防接種の委任状

委任者 (親権者)	フリガナ			
	氏名	印		
	住所			
	電話番号			
	接種を受ける者 (被接種者)	フリガナ		
		氏名		
生年月日		年	月 日	

※委任者名は必ず自署又は記名・押印をお願いします。

私は、上記被接種者の予防接種に係る手続き及び実施の判断について、下記の者を代理人と定め委任します。

受任者	フリガナ		
	氏名		
	住所		
	電話番号		
	接種を受ける者との続柄		

委任状についての厚労省通達

「定期予防接種の実施における保護者以外の同伴について」

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することができない場合、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、予診票の記載事項等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