

# 委任状

御 嵩 町 長 様

年 月 日

今回の予防接種に 保護者が同伴できないため 予防接種における一切の責任を下記の者に委任します。

被接種者氏名： \_\_\_\_\_

被接種者生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ

予防接種名（種類）： \_\_\_\_\_

同伴者氏名及び続柄： \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

同伴できない理由： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

診察時医師が保護者に質問等がある場合、携帯電話等において意見を聞く場合があります。差し支えないようであれば、連絡先の電話番号等お知らせください。

電話番号： \_\_\_\_\_