

年 月 日

委 任 状

委任者 (親権者)	フリガナ								
	氏 名							印	
	住 所								
	電話番号								
	メール (任意)								
	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・押印でお願いします。

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							
	メール (任意)							
	接種を受ける者との続柄							