

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		
	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		