

委任状

令和 年 月 日

委任者 住 所
(保護者)

氏 名 (※)

(※)保護者が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

私は、下記被接種者が新型コロナウイルスワクチン接種を受けるにあたって、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種後健康被害救済制度などについて理解したうえで、下記の者を被接種者の健康状態を普段より熟知する者と認め、予防接種にかかる同意について委任します。

被 接 種 者 (児童・生徒)	住所	同上 ・ ※保護者と同じ住所の場合は、「同上」に○
	氏名	
	生年月日	西暦 年 月 日
委任理由	仕事 ・ 病気 ・ その他 ()	

受任者 住 所 同上 ・

※保護者と同じ住所の場合は、「同上」に○

氏 名

電話番号

被接種者との続柄