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 | |  |