

委任状

_____の予防接種を受けるにあたり、保護者が同伴で
きないため、本人の健康状態をよく知る代理人に、同伴を委任します。

予防接種を受けるもの

氏名： _____

平成

生年月日： 令和 年 月 日生まれ

保護者

氏名： _____ (印)

住所： _____

電話： _____

代理人

氏名： _____

住所： _____

電話： _____