

予防接種委任状

6か月以上13歳未満のお子様の保護者の方へ：保護者が同伴できず同伴者に委任する場合に記入してください。

子どもがヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たり、私（保護者）が事情により同伴できないため、下記の者を同伴者（代理人）として、予防接種に関する一切の権限を委任します。

被接種者 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

生年月日 _____

保護者（委任者）

住所 _____

氏名（自署） _____

連絡先 _____

同伴者（代理人）

住所 _____

氏名 _____ 被接種者との続柄 _____

定期の予防接種には、原則、保護者の同伴が必要ですが、保護者が特段の理由で同伴することができない場合は、お子様の健康状態を熟知する親族に限り同伴することは差し支えありません。

この場合、保護者から同伴者への委任状がないと接種することができませんので、必ず本委任状を記入の上、提出してください。

※予診票の保護者自署欄にも署名がないと予防接種は受けられません。

13歳以上16歳未満のお子様の保護者の方へ：保護者が同伴しない場合に記入してください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。また、本様式が市に提出されることに同意します。

保護者（委任者）

住所 _____

氏名（自署） _____

連絡先 _____

本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ず上の欄に記入の上、提出させてください。

※予診票の保護者自署欄にも署名がないと予防接種は受けられません。