

委 任 状

年 月 日

委任者は、代理人に対し、委任者の子（お子さんの名）
 が予防接種（種類： ）を受けるにあたって代理人に
 一切の権限を委任し、代理人はこれを承諾しました。

委任者 (保護者)	住所	電話番号
	氏名	印

代理人	住所	電話番号
	氏名	

**保護者（父母）以外の方が同伴して接種する場合は、
 この委任状を記入し、小児科外来に提出して下さい。**