

予 防 接 種 委 任 状

下記の代理人に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。
予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについても接種医師から説明を受けた下記代理人の同意を持って、保護者の同意といたします。

令和 年 月 日

東近江市蒲生医療センター
院 長 加 藤 正 人 様
小児科医師 外 園 泰 弘 様

予防接種の種類： _____

接種者氏名： _____

【保護者】

氏名（自署）： _____

住 所： _____

緊急連絡先： _____

【代理人】

氏名（自署）： _____

住 所： _____

接種者との続柄： _____