委任状

医療法人こでまり小児科クリニックあて

今回の予防接種を受けるにあたり、私(保護者)が特段の理由により同伴できないため、非接種者の健康状態を熟知している代理人(同伴者)に委任します。

また、代理人が接種する際に医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種に同意する権限を委任します。

令和 年 月 日

非接種者(お子さん)

氏 名 _____

委任者(保護者)自署

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

代理人(同伴者)自署

氏 名 _____

住 所 _____