

定期予防接種（B型肝炎・ロタウイルス・ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合・BCG・麻疹風しん・水痘・日本脳炎・二種混合・ヒトパピローマウイルスワクチン）は、保護者が同伴することが原則です。保護者がやむを得ない理由により同伴することができない場合は、接種を受ける子どもの健康状態をよく知っている親族などが同伴し、接種を受けさせることも可能です。

保護者以外の方が同伴して接種する場合には、この委任状に記入し、接種時に予診票とあわせて提出をして下さい。

（委任状がない場合は予防接種は受けられません）

予 防 接 種 委 任 状

年 月 日

波 佐 見 町 長 様

私は下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所：波佐見町 _____ 郷 _____
（保護者）氏名： _____ (印)

| | |
|---------|--|
| 予防接種の種類 | |
| 子どもの氏名 | |
| 生 年 月 日 | |

代理人 住所： _____

氏名： _____

子どもとの関係（いずれかに○）：祖父・祖母・おじ・おば・その他（ _____ ）