

委 任 状

中野区長 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、被接種者の健康状態を熟知している代理人（同伴者）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。

年 月 日

被接種者（お子さん）

氏 名 _____

委任者（保護者）自署

氏 名 _____

住 所 _____ 中野区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____

電 話 _____

代理人（同伴者）

氏 名 _____

住 所 _____