

委任状

次の予防接種を受けるにあたって、被接種者の健康状態を熟知する受任者を代理人と定め、親権者にかわって医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などを理解した上、予防接種を受けることに同意するか同意しないかの判断を委任します。

受ける予防接種の種類 _____ 年 月 日接種予定分

※1	予防接種の種類	※2	予防接種の回数	※2	予防接種の回数
	3種混合（ジフテリア百日せき破傷風）		1期初回1回目		1期初回2回目
			1期初回3回目		1期追加
	2種混合（ジフテリア破傷風）				
	急性灰白髄炎（ポリオ）		1回目		2回目
	MR（麻しん風しん）		1期		2期
	麻しん		1期		2期
	風しん		1期		2期
	日本脳炎		1期初回1回目		1期初回2回目
			1期追加		2期
	BCG				

※1 接種を受ける種類に「1つ」○をつけてください ※2 接種を受ける回数に「1つ」○をつけてください

委任者氏名

住 所 _____

親権者氏名 _____ 印 _____ 被接種者氏名 _____

電話番号 _____

受任者氏名

住 所 _____

氏 名 _____ 被接種者との関係 _____