

# 委任状

協力医療機関の長 様

私は、(代理人住所) \_\_\_\_\_

(代理人氏名) \_\_\_\_\_ 委任者との関係 \_\_\_\_\_

(代理人生年月日) \_\_\_\_\_

を代理人と定め、下記事項を委任します。

## 記

(接種者氏名) \_\_\_\_\_ の ( \_\_\_\_\_ ) 予防接種に、保護者として代理人が同伴すること及び代理人の同意をもって私の同意とすること。

令和 年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

(保護者)

本人署名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

<参考> 「定期予防接種の実施における保護者以外の同伴について」

定期の予防接種には、原則、保護者の同伴を必要とするが、保護者が特段の理由で同伴することができない場合、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等で適切な者が接種対象者に同伴することは差し支えないものとする。

この場合、事前に説明する等により、予診票の記載事項等について保護者の理解を求めるとともに、接種の際には、予診票に加え、当該同伴者の同意をもって保護者の同意とする旨の委任状の提出を併せて求めるものとする。

平成 20 年 4 月 1 日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡