

## 予 防 接 種 委 任 状

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することができないため、被接種者の健康状態を熟知している下記の者(代理人)に予防接種に関する一切の権限を委任いたします。

また、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について、接種医師からの説明を聞いた代理人の同意をもって、保護者の同意といたします。

令和        年        月        日

予防接種の種類    新型コロナウイルスワクチン予防接種

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

(委任者:保護者)

氏名 (自署) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先 \_\_\_\_\_

(代理人:親族等)

氏名(自署) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

※予防接種は、保護者(親権を行う者または後見人)の同伴が原則です。

※保護者がやむを得ない理由により、保護者以外(接種を受ける人の健康状態をよく知る祖父母等)が同伴する場合は、この委任状を記入し、予診票に添えて医療機関へ提出してください。

※この委任状は、予診票とともに石井町へ提出されます。