

委 任 状

令和 年 月 日

保護者

住 所 橋本市

氏 名

(署名又は記名押印)

今回、子どもの予防接種を受けるに当たり、私（保護者）が事情により
同伴できないため、下記の代理人に予防接種に関する保護者の権限を委任
します。

記

代理人（同伴する人）

住 所

氏 名

被接種者との関係【 】

被接種者

住 所 橋本市

氏 名

生年月日 年 月 日

予防接種名【 】

接種予定日【 】