**予 防 接 種 委 任 状**

代理人：住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

私は、上記の者に今日の予防接種に関する一切の権限を委任します。

　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　保護者：住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

* 保護者が同伴しない場合には、必ず記入及び押印してください。