

予防接種委任状

宮古島市長 宛

代理人 (同伴者)	フリガナ		被接種者との続柄
	氏名		
	住所		
	電話番号		

私は、今回受ける予防接種についての説明を読み、予防接種の効果や目的、副反応発生の可能性、健康被害救済制度及びその他の事項について理解した上で、上記の者を代理人と定め、今回受ける予防接種に係る手続きおよびそれに付随する行為をなす権限を委任します。医師の診察後に、代理人(同伴者)の接種同意をもって委任者(保護者)同意とすることを承認します。

委任する日：令和 年 月 日

委任者 (保護者)	フリガナ		被接種者との続柄			
	氏名	印				
	住所	宮古島市				
	電話番号					
予防接種を受ける方 (被接種者)	フリガナ		生年月日			
	氏名		年 月 日			
	今回受ける 予防接種の 種類	受けるワクチンを○で囲ってください。				
		ロタウイルス	B型肝炎	日本脳炎	水痘	HPV
		ヒブ	4種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ)			
	小児用肺炎球菌	BCG	MR (麻しん・風しん)	DT		

【保護者・同伴者の方へ】

* 定期の予防接種には、原則保護者の同伴が必要です。保護者が特段の理由で同伴することができない場合は、委任者(保護者)が予防接種委任状を全て記入してください。(代理人が記入する欄はありません。)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方を代理人としてください。

* 委任者(保護者)と代理人(同伴者)の方は、必ず接種する予防接種の説明をよく読み、予防接種の効果や目的、副反応等についてよく理解した上で、予防接種を受けさせてください。

* 委任状は、予診票、親子(母子)健康手帳と一緒に医療機関へ提出してください。

* 予診票の保護者自署の欄は、代理人(同伴者)の自署となります。

【医療機関の方へ】

この委任状は、予診票と一緒に健康増進課へ提出してください。