

委 任 状

寄 居 町 長 あて

年 月 日

私は、下記の者に今回の定期予防接種

（
ロタウイルス・B型肝炎・ヒブ
小児用肺炎球菌・四種混合
不活化ポリオ・BCG
麻しん風しん混合・水痘
日本脳炎・二種混合
ヒトパピローウイルス感染症（子宮頸がん）
）

に関する

一切の権限を委任します。

記

委任を受ける方（同伴者）の氏名	
予防接種を受ける子供の氏名	
予防接種を受ける子供と同伴者との続柄	

（注意）委任を受ける方（同伴者）は、①普段からお子さんの健康状態をよく知っている方、
②成人している方に限ります。

保護者	住所	
	氏名	印