

予 防 接 種 委 任 状

令和 年 月 日

小坂町長 様

私は、下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。

記

委任者（保護者）の氏名 _____

住所 小坂町 _____

接種者（お子さん）の氏名 _____

代理人（引率者）の氏名 _____

委任者との続柄 _____

住所 _____

子どもの予防接種を受ける場合、保護者が同伴することが原則となっていますが、保護者のやむを得ない理由により同伴できない場合は、接種を受ける子どもの健康状態をよく知っている親族などが同伴し、接種を受けることも可能です。

保護者以外が同伴する際は、上記の「予防接種委任状」を予診票と一緒に提出してください。

小坂町福祉課まると支援班

〒017-0292

秋田県鹿角郡小坂町小坂字上谷地 4 1 番地 1

TEL : 0186-29-3926