

委任状

記載日 年 月 日

委任者 住所
(保護者)

氏 名 (保護者自署)

連絡先

私は、下記の被接種者が予防接種を受けるにあたって、予防接種の同伴及び予防接種に係る同意等について、下記の受任者に一切の権限を委任します。

被接種者氏名 (予防接種を受ける人)	
予防接種名	

受任者 (親族等同伴者) 住所

氏 名

被接種者との関係

【予防接種の実施に際しての保護者の同意について】

予防接種（予防接種法にもとづく定期又は臨時の予防接種及び岩国市が助成を行う任意予防接種）には、原則、保護者の同伴を必要としますが、保護者が特段の理由により同伴できない場合は、被接種者の健康状態を普段からよく知っている親族等が同伴し接種を受けることが可能です。

その場合には予防接種に係る同意等についての委任状が必要になります。

注意事項

- ・ 委任状は予防接種を受ける当日までに保護者本人が記載してください。
- ・ 委任する日は、接種する日以前の 1 ヶ月以内とします。
- ・ 接種時は記載された委任状、予診票、母子健康手帳と被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類（マイナンバーカードや健康保険の確認通知書など）を、同伴者が医療機関へ持参してください。
- ・ 医師から診察、説明を受けた後、接種を受ける場合は、同伴者が予診票に同伴者自身の署名をしてください。あらかじめ保護者の署名がある場合同伴者の追加署名は不要です。
- ・ 本委任状は、接種した医療機関等より、予診票とともに岩国市保健センターに提出されますのでご了承ください。

岩国市 健康推進課
(岩国市保健センター)

☎ 2 4 - 3 7 5 1