資料３

**予防接種委任状（氷川町）**

予防接種に保護者（父母または、それに代わる親権者）が同伴せず、祖父母等が同伴の場合は、保護者の委任状が必要です。

予防接種実施日：令和　　　年　　　月　　　日

予防接種名：ＢＣＧ・ＤＰＴ（三種混合）・ＤＴ（二種混合）・不活化ポリオ・

ＤＰＴ―ＩＰＶ（四種混合）・ＤＰＴ―ＩＰＶ―Ｈｉｂ（五種混合）ＭＲ（麻しん風しん）・日本脳炎・Ｈｉｂ・肺炎球菌（20価、15価）・子宮頸がん予防ワクチン・水痘・Ｂ型肝炎・ロタウイルス・インフルエンザ

私は今回の予防接種に対する判断の権限のすべてを

　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄：　　　　　　）に委任します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所：八代郡氷川町

保護者氏名：

予防接種被接種者名：

生年月日：H･R　　　年　　　月　　　日（　　　歳　　　か月）

－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－

資料３

**予防接種委任状（氷川町）**

予防接種に保護者（父母または、それに代わる親権者）が同伴せず、祖父母等が同伴の場合は、保護者の委任状が必要です。

予防接種実施日：令和　　　年　　　月　　　日

予防接種名：ＢＣＧ・ＤＰＴ（三種混合）・ＤＴ（二種混合）・不活化ポリオ・

ＤＰＴ―ＩＰＶ（四種混合）・ＤＰＴ―ＩＰＶ―Ｈｉｂ（五種混合）ＭＲ（麻しん風しん）・日本脳炎・Ｈｉｂ・肺炎球菌（20価、15価）・子宮頸がん予防ワクチン・水痘・Ｂ型肝炎・ロタウイルス・インフルエンザ

私は今回の予防接種に対する判断の権限のすべてを

　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄：　　　　　　）に委任します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所：八代郡氷川町

保護者氏名：

予防接種被接種者名：

生年月日：H･R　　　年　　　月　　　日（　　　歳　　　か月）