

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）

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）