

# 委任状

(あて先)防府市長

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日

予防接種を受ける者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日

私は、上記「代理人」が予防接種を受ける者を医療機関に同伴すること、及び、その者の同意を持って保護者の同意とすることを了承します。

令和 年 月 日

委任者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	電話番号	

※この委任状は、委任者がすべて自署してください。  
※代理人は、予防接種を受ける者の健康状態を普段より熟知する親族等であること。