

委任状

令和 年 月 日

私は、次の代理人に予防接種に関する一切の権限を委任します。

保護者等 住所 _____

氏名（自署） _____

連絡先 _____

1 接種を受ける子ども 氏 名 _____

生年月日 平成・令和 年 月 日

住 所 春日井市 _____

2 代理人 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

子どもとの関係 祖父・祖母・おじ・おば・児童福祉施設の長等

その他（ _____ ）

※必ず保護者等が全て記入してください。