

予防接種は保護者同伴が原則ですが、委任状を利用して代理の親族等が同伴することができます

## 予防接種委任状

予防接種を受けるに当たり、私（保護者）が特段の理由により同伴ができないため下記の者を代理人と定め、予防接種（下記）に関する一切の権限を委任します。

医師診察後に代理人の接種同意をもって保護者同意とすることを承認します。

年 月 日
この委任状の有効期限は1ヶ月です
接種する予防接種の名前
保護者 住所
緊急の連絡先（電話）
保護者署名
子ども氏名

※枠内は、保護者（父または母）が自筆で記入してください。

### 代理人記入欄

上記接種者の予防接種に同伴し、保護者の同意を代理で行うことを承諾します。

代理人 住所	代理人は保護者のサイン欄に名前を記入してください
代理人署名	
子どもとの続柄	

※枠内は、代理人が自筆で記入してください。

※代理人は、予診票の「保護者自署（保護者のサイン）」欄に代理人本人の名前をご記入ください。

【ご注意】・代理人は、子どもの健康状態を普段より熟知する親族等に限りませう。

・ 枠内は、すべてご記入ください。

予防接種に保護者以外が同伴する際必要です

ただし、日本脳炎予防接種、HPV予防接種を13歳以上の方が接種する場合は、説明書を読んだうえで保護者があらかじめ予診票に署名することで、保護者が同伴せずに予防接種を受けることができます。



予防接種できる医療機関は、佐伯市のホームページにてご確認ください。

<https://www.city.saiki.oita.jp/kiji0033848/index.html>



【問い合わせ先：佐伯市健康増進課 電話：0972-23-4500】

## 記入例

### 予防接種委任状

保護者：(父) 和楽 太郎  
予防接種する子：和楽 一郎  
代理人：(祖母) 佐伯 弥生

予防接種を受けるに当り、私（保護者）が特段の理由により同伴ができないため下記の者を代理人と定め、予防接種（下記）に関する一切の権限を委任します。医師診察後に代理人の接種同意をもって保護者同意とすることを承認します。

	令和 2年 10月 1日
	有効期限は1ヶ月です
接種する予防接種の名前	肺炎球菌・ヒブ・B型肝炎
保護者 住所	佐伯市向島1丁目3番8号
緊急の連絡先（電話）	0972-00-0000
保護者署名	和楽 太郎
子ども氏名	和楽 一郎

和楽太郎が書きます

※枠内は、保護者（父または母）が自筆で記入してください。



### 代理人記入欄

上記接種者の予防接種に同伴し、保護者の同意を代理で承諾します。

代理人 住所	佐伯市中村南町1
代理人署名	佐伯 弥生
子どもとの続柄	祖母

佐伯弥生が書きます

代理人は保護者に名前を記入し

保護者自署欄にも佐伯弥生と記入します

※枠内は、代理人が自筆で記入してください



- 【ご注意】・代理人は、子どもの健康状態を普段より熟知する親族等に限りませう。
- ・□ 枠内は、すべてご記入ください。

予防接種に保護者以外が同伴する際必要です

ただし、日本脳炎予防接種、HPV予防接種を13歳以上の方が接種する場合は、説明書を読んだうえで保護者があらかじめ予診票に署名することで、保護者が同伴せずに予防接種を受けることができます。



予防接種できる医療機関は、佐伯市のホームページにてご確認ください。

<https://www.city.saiki.oita.jp/kiiji0033848/index.html>



【(問い合わせ先：佐伯市健康増進課 電話：0972-23-4500)】