

年 月 日

委任状

次の予防接種を受けるにあたって、被接種者の健康状態を熟知する受任者を代理人と定め、親権者にかわって医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などを理解した上、予防接種を受けることに同意するか同意しないかの判断をすることを委任します。

受ける予防接種の種類 年 月 日接種予定分

※1	予防接種の種類	※2	予防接種の回数	※2	予防接種の回数
	※3 ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ [使用するワクチン] ・4種混合（DPT-IPV） ・3種混合（DPT） ・不活化ポリオ（IPV） ・2種混合（DT）		1 期初回 1 回目		1 期初回 2 回目
			1 期初回 3 回目		1 期追加
	ジフテリア・破傷風		2 期		
	麻しん・風しん（MR）		1 期		2 期
	※4 麻しん単独 / 風しん単独		3 期		4 期
	日本脳炎		1 期初回 1 回目		1 期初回 2 回目
			1 期追加		2 期
	B C G				
	子宮頸がん予防ワクチン		1 回目		2 回目
			3 回目		
	ヒブワクチン	※5	()		
	小児用肺炎球菌ワクチン	※5	()		

※1 接種を受ける種類に「1つ」○をつけてください ※2 接種を受ける回数に「1つ」○をつけてください
 ※3 ジフテリア、百日せき、破傷風及びポリオの第1期の接種を受ける場合、使用するワクチンに「1つ」○をつけてください
 ※4 単独ワクチンでの接種を希望する場合、希望する方を○で囲ってください
 ※5 接種を受ける回数を記入してください [例：初回免疫1回目、追加免疫、1回免疫 等]

委任者氏名

住 所

親権者氏名 印 被接種者氏名

電 話 番 号

受任者氏名

住 所

氏 名 被接種者との関係