委　任　状

Power of Attorney

年　月　日（Date）

（子どもの氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ が受ける予防接種に休護者が引幸できないため、

As I cannot accompany my child (＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿) for his vaccination of

ＤＰＴ－ＩＰＶ（ジフテリア巾’ロせき破傷風和舌化ポリオ）：同種混合　ロタ
DPT-IPV(Diphtheria,Pertussis,Tetanus)Mixture of four　Rota

Hib(ヒブ)　小児川肺炎球菌 Pedriatric pneumococcus　Ｂ型肝炎 Hepatitis B　BCG Anti-tuberculosis vaccine

不活性化ポリオ Inactivated Polio　麻しん風しん混合（MR） Measles-rubella (MR)　水疸（水ぼうそう） Chicken pox

日本脳炎 Japanese encephalitis　ＤＴ（ジフテリア破傷凪）：二種混合 DT(Diphtheria and Tetanus) Mixure of two　HPV Human papilloma virus

（＊受ける予防接伍を〇で囲んでください）
(Encircle the vaccine the child will be inoculated)

予防接種を受けることに関する全ての権利下記の者に委任じます。
I delegate all rights related to the vaccination of my child to the following person/

（＊保護青または代押人の本人が自署しない場合は、氏名の隣に印を押してください）
Parent or guardian shall sign by himself. If it is not signed, Personal seal shall be stamped along with his name.

委任者（ｲ呆護者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　緊急連絡先＿＿＿＿＿＿
Delegator(Parent or Guardian)　Address＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Emergency Contact＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　緊急連絡先＿＿＿＿＿＿
Name　Emergency Contact

受任者（代理者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Delegate (Representative)

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿
Name　Relation

「予防接種で元気な子ども」もしくは予診票裏面の説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて十分ご理解したうえで、予防接伍を受けさせてください。

※保護者とは父・母です。保護者氏名欄は父母いずれかの氏名を記載してください。
※代理者となる方は、お子さんの健康状態を普段から良く知っている祖父母、保護者の兄弟姉妹、保護者の友人等です（ただし、未成年の方は代理者にはなれません）。
※予診票の|保護者の記入欄」の保護者自署は、委任を受け同伴した方が自署してください。

(医療機関の方へ：この委任状は予診票と一一諸に捉出してください)