予 防 接 種 委 任 状（中学生以下用）

予防接種の効果や目的、重篤な副反応の発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、代理人(同伴者)を定め、予防接種の申し込み及び診察後の接種同意の権限を委任します。なお、診察後に代理人(同伴者)の署名をもって保護者同意とすることを承認します。また、本様式が田子町に提出されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

子の氏名（被接種者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　　田子町大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿被接種者との続柄（　　）

代理人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

予 防 接 種 同 意 書（高校生相当用）

予防接種の効果や目的、重篤な副反応の発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解しました。その上で子どもの病歴、健康状態及び接種当日の体調等を考慮し、子どもが一人で予防接種を受けることに同意します。なお、本様式が田子町に提出されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

子の氏名（被接種者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　　田子町大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（当日保護者と連絡が取れる電話番号をご記入ください。）