

委任状

代理人（同伴者）

住所 _____

氏名 _____

続柄：

私は、今回の予防接種についての区のお知らせと説明書の内容を読み理解した上で、上記の者を代理人と定め予防接種の申し込み及びこれに付随する行為をなす権限を委任します。医師診察後に同伴者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。

委任する日（接種する日以前の1か月以内） _____ 年 ____ 月 ____ 日

委任する人（保護者）

住所 _____

氏名 _____

（署名は必ず自筆でお書きください。）

連絡先電話番号 _____

医療法人社団だいたい

〒133-0061

東京都江戸川区篠崎町2-7-15 エスタシオン篠崎1階
タムスわんぱくクリニック篠崎駅前

TEL：03-5879-8871 FAX：03-5879-8872