

委任状

お子様が予防接種を受ける場合、保護者の同伴を原則としますが、保護者が特段の理由で同伴することができない場合、高校生未満のお子様が1人で予防接種を受ける場合は、必ずこの委任状保護者が署名し、予防接種予診票・母子手帳と一緒に医療機関に提出して下さい。

_____の予防接種を実施するに当たっての説明文を読み、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救済制度などについて理解したうえで、子供に予防接種を受けさせることに同意します。

保護者氏名（自署）_____

住所_____

緊急の連絡先_____

※委任状と予防接種予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。



医療法人社団 ギブネス
葛西よこやま
内科・呼吸器内科クリニック

院長 横山裕

〒134-0084

東京都江戸川区東葛西 5-1-2 第二吉田ビル 3階

TEL : 03-3877-1159

FAX : 03-3877-1155