委　任　状

大和高田市長　殿

　　　年　　月　　日

本日の予防接種に保護者が同伴できないため、予防接種における一切の責任を下記の者に委任します。

被接種者　：氏　名

生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日生まれ

同伴者　　：住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

同伴できない理由　：

保護者氏名（本人自署）　：