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 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 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 者同意とすることを承認します。	随する
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	

タムスわんぱくクリニック小岩 133-0052

東京都江戸川区東小岩4-5-2 神奈川ビル1階 TEL: 03-5612-3754 FAX: 03-5612-3753