委　任　状

代理人　　住所

氏名

私は，上記の者を代理人として定め，次の権限を委任します。

　　　　　　　　の予防接種に関する一切のこと。

被接種者　氏　　名

生年月日

令和　　年　　月　　日

保護者　住所

氏名　　　　　　　　　㊞