**委 任 状**

 **代理人（同伴者）**

**住 所**

**氏 名**

**私は、今回の予防接種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について**

**上記の者を代理人と定め予防接種の申込みおよびこれ 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　　 　　年　 　　月 　　　日**

**委任する人（保護者）**

**住 所**

**氏 名（自筆）**

**連絡先電話番号**

※本委任状につきまして、接種した医療機関等により、予診票とともに立川市医師会に

提出されますのでご了承ください