委　任　状

年　　月　　日

保護者名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、下記の者に（被接種者名　　）が接種する子宮頸がん予防ワクチン予防接種に関する一切の権限を委任します。

記

被委任者名（連れていく者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被委任者名住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※予診票の表の保護者自署欄には、医師の診察後に被委任者（連れて行く者）の方が自署記入ください。