

【予防接種に保護者が同伴できない場合の委任状について】

お子さまが定期予防接種を受けるときは、原則保護者の同伴が必要です。

保護者が特段の理由で同伴できない場合は、お子さまの健康状態を普段からよく知っておられる親族（祖父母等）などが同伴し、予防接種を受けることが可能です。

※接種の際は、この委任状を記入し、予診票と一緒に医療機関に提出してください。

※予診票の署名欄には、保護者の氏名を記載して下さい。

鎌ヶ谷市 予防接種委任状

記入日 _____年 _____月 _____日

保護者（委任者）

住 所 鎌ヶ谷市 _____

氏 名 _____

電話番号 _____（ _____ ）

私は、下記の者に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。

記

代理人（同伴者）住所 _____

代理人氏名 _____

接種を受ける方との関係（続柄） _____

電 話 番 号 _____（ _____ ）

接種を受ける方の氏名 _____

接種を受ける方の生年月日 _____年 _____月 _____日

予 防 接 種 名 _____

【医療機関の方へ】

この委任状は、予診票に添付し、鎌ヶ谷市健康増進課へ提出してください。

【When a parent/guardian cannot go with their children for childhood vaccination】

In principle, children must be accompanied by a parent or a guardian for routine childhood vaccination. In case their parents or guardians are not available due to exceptional situations, their relatives such as grandparents who know their grandchildren's health conditions well can accompany their grandchildren to vaccination.

***Please complete this Letter of Authorization and submit it with Prevaccination Screening Questionnaire to the medical institute.**

***Signature on the Prevaccination Screening Questionnaire needs to be the parent's or guardian's.**

Kamagaya City Letter of Authorization on Immunization

Date of filling out _____
Guardian (Proxy) _____
Address: _____ Kamagaya City
Name: _____ Seal/Signature
Telephone No.: _____ () _____

I hereby authorize the person mentioned below to act on my behalf in all matters related to today's immunization.

Address of your proxy (escort) _____
Name of your proxy _____
Relationship between the child receiving
vaccine and your proxy _____
Telephone No. _____ () _____
Name of child receiving vaccine _____
Date of birth of the child _____ year month day
Type of vaccine to be administered _____

【医療機関の方へ】

この委任状は、予診票に添付し、鎌ヶ谷市健康増進課へ提出してください。

【关于监护人无法陪同接种疫苗时的委托书】

原则上儿童在接受疫苗接种时必须由监护人陪同。

监护人因特殊理由无法陪伴儿童时、可以请平时熟悉儿童健康状况的亲戚（祖父母等）陪同接种疫苗。

※接种疫苗时，请填写此委托书并将预诊表一起提交给医疗机构。

※请在预诊表的签名栏里写上监护人的姓名。

鎌谷市 疫苗接种委托书

_____年 月 日

监护人（委托者）

住 址 鎌谷市 _____

姓 名 _____

电话号码 _____ () _____

我将今天有关接种疫苗的所有权限委托给下述人员。

記

代理人（陪伴者）住址 _____

代 理 人 姓 名 _____

与接种疫苗者的关系（关系） _____

电 话 号 码 _____ () _____

接种疫苗者姓名 _____

接种疫苗者出生日期 _____年 月 日

接种疫苗名称 _____

【医療機関の方へ】この委任状は、予診票に添付し、鎌ヶ谷市健康増進課へ提出してください。