

委任状

(受ける人の氏名)

私は、_____が受ける下記予防接種にかかる保護者の

同意について、同伴者の(住所)_____

(氏名)_____へ委任します。

記

予防接種の種類 _____ BCG _____

令和 年 月 日

委任者（保護者）

(住所)_____

(氏名)_____ 印