

インフルエンザワクチン接種委任状

原町赤十字病院
院長 内田信之 様

令和7年 月 日

接種を受ける方（子供氏名） _____

私は、下記の者を代理人として定め、インフルエンザワクチン接種に関する一切の権限を委任します。

また、医師による予診において同伴者の接種同意を持って保護者同意と致します。

保護者（委任者） 住 所： _____
氏 名： _____
電話番号： _____

代理人（同伴者） 住 所： _____
氏 名： _____
続 柄： _____