**予防接種委任状**

**予防接種実施日：　平成　　　年　　　月　　　日**

**予防接種名： インフルエンザワクチン**

**私は今回の予防接種に対する判断の権限のすべてを**

**氏 名　　　　　　　　　 （続　柄： ）に委任します。**

**平成 年 月 日**

**住所：**

㊞

**保護者氏名：**

**予防接種対象者：**

**生年月日：平成　　　年　　　月　　　日（ 　 歳 　 ヶ月）**