

伊勢崎市長 様

委 任 状

この予防接種に保護者が同伴できないため、予防接種に関する一切の
権限を子どもの（ 祖父 ・ 祖母 ・ ）である
（ ）様に委任いたします。

予防接種日 令和 年 月 日

子どもの氏名

保護者自署

保護者の緊急連絡先
