

予防接種同意書

(日本脳炎 ・ 子宮頸がん予防ワクチン)

この用紙は、13歳以上の方が保護者を同伴しないで予防接種を受ける時に必要となります。
お子様が一人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書及び予診票を提出させることにしてください。

○ 保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

説明書に記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自書欄に署名してください。(署名がなければ予防接種は受けられません)

接種を希望しない場合には、自書欄に記載する必要はありません。

予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が中泊町に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所 中泊町大字

緊急の連絡先

予診票の保護者署名欄も必ず署名してください。署名がないと予防接種は受けられません。