

～接種当日に保護者が同伴できない場合～

保護者同意書

別紙「子宮頸がんワクチン予防接種に関する説明書」に記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子さまに接種することを決めてください。接種を決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

私は、「子宮頸がんワクチン予防接種に関する説明書」を読み、予防接種の効果や目的、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、子どもに接種させることに同意します。

被 接 種 者 氏 名 : _____

被接種者生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 _____ 所 : 菊陽町 _____

保 護 者 自 署 : _____

緊急連絡先電話番号 : _____

- ・本様式は、子宮頸がん予防接種対象者のうち、16歳以上18歳未満が実施する接種において、保護者が同伴できない場合に必要となります。
- ・お子さまが1人で予防接種を受ける場合は、提出させるようにしてください。