

HPV ワクチンの同意書（保護者が同伴しない場合）

- ・ 16 歳未満の定期接種の実施にあたっては、原則保護者の同伴が必要です。
- ・ この同意書は子宮頸がんワクチン（シルガード9）の定期接種において13 歳以上16 歳未満の未成年で保護者が同伴しない場合に必要となります。

お子様が一人で予防接種を受ける場合は接種予診票とこの同意書に記入、署名したものを一緒にご提出ください。

※「予防接種のお知らせ」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、下記の同意書に保護者自身で記入、署名してください。

※接種予診票、同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

自由が丘あきレディースクリニック

同意書

予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で子どもに接種させることに同意します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

<被接種者>氏名： _____

生年月日： _____

<保護者> 氏名： _____

住所： _____

緊急連絡先： _____

（接種当日、緊急時に必ず連絡が取れる電話番号）