

小金井市HPVワクチン接種 保護者同意書

本様式は、13歳以上16歳未満のお子様で接種の際に保護者が同伴できない場合に必要となります。HPVワクチンについての説明をよく読み、十分理解し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、予診票及び下記の保護者自署欄に署名してください。署名がない場合は、予防接種を受けることができません。

----- きりとり -----

3
回
目

HPVワクチンについての説明を読み、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、本説明書は保護者向け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、本様式が市町村に提出されることに同意します。

被接種者名 _____

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急連絡先 _____

----- きりとり -----

2
回
目

HPVワクチンについての説明を読み、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、本説明書は保護者向け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、本様式が市町村に提出されることに同意します。

被接種者名 _____

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急連絡先 _____

----- きりとり -----

1
回
目

HPVワクチンについての説明を読み、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、本説明書は保護者向け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、本様式が市町村に提出されることに同意します。

被接種者名 _____

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急連絡先 _____