ＨＰＶワクチン接種　　保護者同意書

私は、ＨＰＶワクチン接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の目的や効果、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、この文書を持参する者の保護者として、接種を受けることに同意します。

なお、本同意書は、保護者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うえ、本様式が府中市に提出されることに同意します。

平成　　年　　月　　日

（　　回目接種）　接種者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所

緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※予診票にも保護者の署名が無いと接種を受けることができません。保護者の自署の記入は、この用紙と予診票の２か所でお願いします。

※同意書は、１回の接種毎に必要です。