

(発行日) 令和 年 月 日

同 意 書

私は、下記ワクチンを受けるにあたって、予防接種についての市のお知らせの内容を読み、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健康被害救済制度等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。

なお、本同意書は、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うえで、清瀬市子育て支援課に提出されることに同意します。

記

- 1 ヒトパピローマウイルス感染症ワクチン
- 2 日本脳炎ワクチン
- 3 子どものインフルエンザワクチン
- 4 男子ヒトパピローマウイルス感染症ワクチン
- 5 その他 ()

(該当する項目に○をつけてください)

以上

保護者氏名 (自署) :

お子さんの氏名 :

住 所 : 〒

緊 急 連 絡 先 :

※ 同意書の有効期限は、発行日から1か月です。

【医療機関の方へ】

- 1 接種時に、本同意書および予診票の保護者自署欄に保護者の署名があることを確認してください。
- 2 接種後は、本同意書を予診票とともに清瀬市子育て支援課に提出してください。