

日本脳炎予防接種保護者同意書（保護者が同伴しない場合）

〇13歳以上のお子様をお持ちの保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

町からの日本脳炎予防接種のお知らせの内容をよく読み、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、保護者の同伴がない場合は、下記の保護者自署欄に署名してください（予診票及び同意書に保護者の署名がなければ予防接種は受けられません）。

なお、接種を受ける方が既婚者の場合は、保護者自署欄の書名は本人となり、この同意書も必要ありません。

※本様式は、13歳～20歳未満の方を対象として実施する日本脳炎予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの保護者同意書を提出してください。

切り取り

保護者の同意書

日本脳炎の予防接種を受けるに当たって説明書を読み、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上で、子どもに接種させることに同意します。

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

なお、本様式が御船町に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住所 _____

緊急の連絡先 _____

切り取り

保護者の同意書

日本脳炎の予防接種を受けるに当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上で、子どもに接種させることに同意します。

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

なお、本様式が御船町に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住所 _____

緊急の連絡先 _____

切り取り

保護者の同意書

日本脳炎の予防接種を受けるに当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上で、子どもに接種させることに同意します。

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

なお、本様式が御船町に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住所 _____

緊急の連絡先 _____

切り取り

保護者の同意書

日本脳炎の予防接種を受けるに当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上で、子どもに接種させることに同意します。

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

なお、本様式が御船町に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住所 _____

緊急の連絡先 _____