

保護者が同伴しない場合は下記の同意書が必要です

同意書がない場合は委託医療機関での接種はできません

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

本様式は、日本脳炎の予防接種を13歳以上の者が接種する際に、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同意書を委託医療機関に提出してください。

別紙の内容をよく読み、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た場合は、下記の保護者自署欄と予診票の保護者自署欄に署名してください。
(署名がなければ予防接種は受けられません)

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上、本様式が市町村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 _____

＜保護者が同伴しない場合＞

上記の同意書と予診票の保護者自署欄の2か所に保護者のサイン（フルネーム）がない場合は接種できません。

問い合わせ先：子育て支援課

0774-64-1377