

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種同意書

(13歳以上16歳未満対象:保護者が同伴しない場合)

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種説明書をよく読み、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に署名してください。(満16歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません)
接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種説明書を読み、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ました。その上で、子どもの病歴、健康状況及び接種当日の体調等を考慮し、当日子どもが一人で予防接種を受けること及び予防接種の安全性の確保のため、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票が下野市に提出されることに同意します。

保護者自署： _____

住 所：下野市 _____

緊急時の連絡先： _____

被接種者名： _____

※本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満16歳未満のお子様がお一人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

なお、満16歳未満の者は、この同意書の他に、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられませんのでご注意ください。