

日本脳炎予防接種 同意書（平取町）

未成年（20歳未満）の方について、この同意書によりあらかじめ保護者の同意が確認できれば、保護者の同伴を要しません。

◆ 保護者の方へ：下記事項をよくお読み下さい。

日本脳炎予防接種の効果及び副反応、健康被害救済のしくみを十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めて下さい。

接種を決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名して下さい。

なお、緊急連絡先については、必ず接種当日に連絡をとれる電話番号をご記入下さい。

日本脳炎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健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することを同意します。

保護者自署： _____

住 所： _____

緊急連絡先： _____

※お子様が1人で予防接種を受ける場合は、この用紙を提出してください。