

子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症)予防接種同意書

※本様式は、13歳以上に相当する年齢のかたを対象に、実施する子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症)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。お子様が一人で予防接種を受ける場合は、接種予診票と一緒にこの同意書を接種する医療機関に提出してください。

★保護者のかたへ:下記事項をよくお読みください。

説明書に記載されている内容をよく読み、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)

子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症)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。

なお、本説明書は、保護者のかた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、本様式が区に提出されることに同意します。

年 月 日	子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス感染症)
接種者氏名	
接種者生年月日	年 月 日
保護者住所	目黒区 丁目 番 号 建物名・部屋番号:
接種当日の緊急連絡先	氏名 () 母・父・祖父母・その他() 電話 () -
保護者自署	

※同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

※接種予診票の質問事項および保護者記入欄も忘れずにご記入ください。

<お問い合わせ>

【保健予防課予防接種係】

〒153-8573 目黒区上目黒2-19-15

☎03-5722-7047