

13歳以上20歳未満のお子さんが一人で
予防接種を受ける場合にご提出ください

予防接種同意書

予防接種のお知らせを読み、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、本同意書は、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うえ、本様式が区に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名（署名）

住所

緊急時連絡先

大井町なかじま眼科・内科