

任意予防接種保護者同意書

国領内科・消化器内科クリニック院長 殿

私（保護者）は、このたび子どもが予防接種を受けるに当たり、事情により同伴することが出来ないため、ワクチンに関する説明文を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性および予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で子どもに予防接種を受け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同意します。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種者氏名 _____

保護者氏名（自署） _____ ㊞ 続柄（ _____ ）

住所 _____

緊急時連絡先 TEL _____（ _____ ）