

ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン接種

保護者同意書

13歳以上16歳未満の方で、

保護者の方が同伴しない場合に、この保護者同意書が必要になります。

保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

お子様が一人で予防接種を受けられる場合は、必ずこの保護者同意書を提出してください。
保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種を受けるにあたっての説明をよく読み、
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。

接種されることを決定した場合は、予診票の保護者自署欄にも必ず署名してください。

（予診票に保護者の署名がなければ予防接種は受けられません。）

接種を希望されない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種を受けるにあ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
理解したうえで子どもに接種させることに同意します。

なお、この保護者同意書が東久留米市に提出されることに同意します。

保護者自署

住所 東久留米市

緊急の連絡先