

日本脳炎定期予防接種保護者同意書（保護者が同伴しない場合）

○13歳以上のお子様をお持ちの保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

調布市からの日本脳炎予防接種のお知らせの内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえ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）。**

なお、接種を受ける方が既婚者の場合は、保護者自署欄の書名は本人となり、この同意書は必要ありません。

※ 本様式は、日本脳炎予防接種において、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1人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書と予診票を提出してください。**（予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません）**

日本脳炎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うえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本様式が調布市に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先