

同意書（日本脳炎、子宮頸がん用）

次に該当するお子様が1人で予防接種を受ける場合、予診票及びこの同意書に保護者の署名が必要になります。「予防接種と子どもの健康」等の内容をよく読み、十分理解し、納得された上で署名してください。

- ・ 日本脳炎、子宮頸がんの予防接種を受ける13歳以上かつ16歳未満の方

「予防接種と子どもの健康」（子宮頸がん予防接種の場合は接種の効果や副反応等に関するリーフレットも併せて）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、

（子どもの氏名） _____ が

_____ 日本脳炎 ・ _____ 子宮頸がん の予防接種を受けることに同意します。
また、本様式が春日井市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____（続柄 _____）