

HPV（ヒトパピローウイルス）感染症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 16 歳未満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「HPV（ヒトパピローウイルス）定期予防接種のお知らせ」及びリーフレット「小学校 6 年～高校 1 年相当の女の子と保護者の方へ大切なお知らせ（概要版）」をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子様に予防接種することを決めてください。

この同意書に署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができます。

（満 16 歳未満の方は、予診票・同意書の双方に保護者の署名がなければ予防接種を受けられません。）

※ 本様式は、HPV（ヒトパピローウイルス）感染症の定期予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。13 歳以上 16 歳未満のお子様が 1 人で予防接種を受ける場合は、必ずこの同意書と保護者が署名済みの予診票を提出させるようにしてください。

.....切り取り.....

HPV（ヒトパピローウイルス）感染症の予防接種を受けるに当たって、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、説明書は、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、本様式が調布市に提出されることに同意します。

保護者氏名（自署）_____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

.....切り取り.....

HPV（ヒトパピローウイルス）感染症の予防接種を受けるに当たって、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、説明書は、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、本様式が調布市に提出されることに同意します。

保護者氏名（自署）_____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

.....切り取り.....

HPV（ヒトパピローウイルス）感染症の予防接種を受けるに当たって、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、説明書は、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、本様式が調布市に提出されることに同意します。

保護者氏名（自署）_____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____