

定期予防接種保護者同意書【南多摩5市乗り入れ用】

(13歳以上16歳未満のお子様が一人で予防接種を受ける場合に医療機関に提出してください)

お子様の定期予防接種の実施にあたっては、原則として保護者（親権者）の同伴が必要です。今回の予防接種に関する説明文を読み十分理解し、納得したうえでお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合には、この同意書に保護者が自ら署名し、接種の際に提出してください。

※この同意書と予防接種予診票に保護者氏名欄及び署名欄に記入がないと予防接種は受けられません。

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、本様式が居住地の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 TEL () _____

<問合せ先>

八王子市 保健総務課（八王子市保健所）

電話 042（645）5102

町田市 保健予防課（市本庁舎7階）

電話 042（725）5422

日野市 健康課（生活・保健センター）

電話 042（581）4111

多摩市 健康推進課（多摩市立健康センター）

電話 042（376）9111

稲城市 健康課（稲城市保健センター）

電話 042（378）3421