品 川 区

被接種者が 13 歳以上 16 歳未満で、保護者が同伴しない場合は同意書の提出が必要です。

※被接種者が 16 歳以上の場合は、保護者の同伴と同意書は不要です

同　意　書

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

説明書に記載されている内容をよく読み、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。

（満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、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感染症ワクチン（HPV ワクチン）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上、本様式が品川区に提出されることに同意します。

年　　月　　日

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

※　接種当日、保護者の方に緊急に連絡が取れる電話番号

同意書および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。

※保護者が同伴する場合は必要ありません。

- 「保護者が同伴する場合」には、別紙「予防接種予診票（2 枚複写）」に必要事項を記入の上、お持ちください。この同意書は必要ありません。
- 「保護者が同伴しない場合」で接種を希望する場合には、上記の保護者自署欄に必要事項を記入し、別紙「予防接種予診票（2 枚複写）」にも保護者が署名した上で、お子さんに持たせてください。
- 不明点は、品川区保健所　（電話　03－5742－9152）
  品川保健センター　（電話　03－3474－2225）
  大井保健センター　（電話　03－3772－2666）
  荏原保健センター　（電話　03－3788－1314）まで