品川区

（請求用）

日本脳炎予防接種同意書

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。（署名がなければ予防接種は受けられません）

日本脳炎予防接種を受けるに当たっての説明書を読み、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、本同意書が品川区に提出されることを了承します。

年　　月　　日

接種者氏名	
接種者生年月日	年　　月　　日
保護者住所	品川区　　丁目　　番　　号
緊急の連絡先	※接種当日、保護者の方に緊急に連絡がとれる電話番号 （　　）
保護者自署	

※本様式は、13歳以上16歳未満に相当する年齢の方を対象として実施する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。お子様が一人で予防接種を受ける場合は、接種票と一緒にこの同意書を提出してください。

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

【問い合わせ先】

品川区保健予防課　予防接種担当　℡ 03－5742－9152