子宮けいがん（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ（HPV）感染症）予防接種保護者同意書

国　分　寺　市

※本様式は，接種時に 13 歳以上 16 歳未満の方が，保護者を同伴しない場合に必要となるものです。

保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

予防接種を受ける前に「子宮けいがん（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ（HPV）感染症）予防接種」の説明をよく読み，十分理解したうえで，接種を受けることを判断してください。気にかかることやわからないことがあれば，かかりつけ医に確認しましょう。

接種させることを決めた場合は，予診票の保護者自署欄及び同意書自署欄に署名してください（双方に保護者の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，自署欄には何も記載しないでください。

きりとり

3回目

「子宮けいがん（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ（HPV）感染症）予防接種」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，子どもに接種させることに同意します。
なお，この同意書は，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上，本様式が国分寺市に提出されることに同意します。

子宮けいがん予防接種の説明書を読みましたか（○をつける）
はい　　いいえ

年　　月　　日

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先
（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

きりとり

2回目

「子宮けいがん（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ（HPV）感染症）予防接種」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，子どもに接種させることに同意します。
なお，この同意書は，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上，本様式が国分寺市に提出されることに同意します。

子宮けいがん予防接種の説明書を読みましたか（○をつける）
はい　　いいえ

年　　月　　日

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先
（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

きりとり

1回目

「子宮けいがん（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ（HPV）感染症）予防接種」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，子どもに接種させることに同意します。
なお，この同意書は，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上，本様式が国分寺市に提出されることに同意します。

子宮けいがん予防接種の説明書を読みましたか（○をつける）
はい　　いいえ

年　　月　　日

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急の連絡先
（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿