

(医療機関名)

御中

同意書

接種当日、保護者の方が同伴されない場合は、下記の同意書への保護者の署名が必要です。
保護者の方が同伴される場合は、同意書への署名は不要です。

「日本脳炎予防接種説明書（以下「説明書」という）」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上で、下記の者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ていただくことを目的として作成しています。このことを理解の上、本同意書が名古屋市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名（自 署）

記

(接種を受ける人)

氏 名

住 所 名古屋市 区

緊急の連絡先 ()

(医療機関の方へ)

この同意書は、予診票（医療機関保管分）と合わせて5年間医療機関で保管してください。

なお、名古屋市から本同意書の提出をお願いする場合があります。