

保護者の皆様へ

日本脳炎予防接種を受けるに当たっての保護者の同意について

平成19年4月1日までに生まれた方のうち、高校1年生相当の年齢以上の方が日本脳炎予防接種を受ける場合は、保護者が同伴しないときに限り、保護者の同意が必要となります。

下記の事項をよくお読みいただき、お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの保護者同意書を提出してください。

市からの日本脳炎予防接種のお知らせの内容をよく読み、十分理解した上で接種を受けるようにしてください。

接種を受けるときに**保護者が同伴しない場合は、下記の保護者同意書と別紙予診票の保護者自署欄に署名し、医療機関へ提出してください。**予診票及び同意書に保護者の署名がない場合、予防接種は受けられません。

なお、接種を受ける方が既婚者の場合は、保護者自署欄の書名は本人となり、この同意書も必要ありません。

<お問い合わせ>

朝来市役所 地域医療・健康課
電話 672-5269

<キリトリ>

日本脳炎予防接種 保護者同意書

日本脳炎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、子どもに接種させることに同意します。

また、本様式が朝来市に提出されることに同意します。

年 月 日

接種者氏名 _____

保護者自署 _____ (続柄: _____)

住 所 朝来市 _____

緊急の連絡先 _____

*予診票と合わせて、医療機関に提出してください。