

(様式 3 - 4)

【ヒトパピローマウイルス感染症予防接種】
接種を受ける者に対して保護者が同伴しない場合

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において保護者が同伴できない方へ（13 歳以上に限る）

13 歳以上 16 歳未満の方（小学 6 年生及び 12 歳の中学 1 年生を除く）で保護者の同伴なしに接種を受ける場合は、保護者の事前の同意が必要です。お子様が 1 人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書及び予診票に署名をして提出してください。

保護者が同伴しない場合の同意書

私はこの度、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあ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、また、病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮して、子どもに接種させることに同意します。

予防接種対象者現住所 _____

予防接種対象者氏名 _____

予防接種対象者生年月日 平成 年 月 日 _____

保護者署名 _____（予防接種対象者との続柄： _____）

緊急の連絡先 _____

この同意書は、接種を受ける方が保護者の同伴なしに接種する場合に、予防接種の安全性の確保を目的に同意していただいていますので、目的以外には使用せず、実施する市町に保管されることになります。

なお、本書によって集められた情報は他に提供されることはありません。