

## インフルエンザ保護者同意書

年 月 日

私は、インフルエンザの予防接種を受けさせるに当たっての説明文書を読み、予防接種の目的、効果、安全性について理解しました。この文書を持参する本人の保護者として、インフルエンザのワクチンを接種することに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_  
被接種者氏名 \_\_\_\_\_  
被接種者生年月日 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
緊急時の連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

子供さんが1人で予防接種を受ける場合は、必ず、上記保護者自署欄と予診票の保護者署名欄を記入して提出するようにしてください。

予診票の保護者署名欄にも保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

なお中学生以下は必ず、保護者が付き添うことを原則といたします。

群馬県前橋市西片貝町3-124-2  
医療法人桐の葉会 深沢整形外科  
027-220-5277  
院長 深澤 直樹