

任意予防接種 保護者同意書

舟入おとなこども総合診療クリニック 殿

私（保護者）は、子どもが任意予防接種を受けるにあたり、ワクチンの効果、安全性、および副反応について十分に理解しました。また、任意接種に伴う救済制度の仕組みについても理解した上で、接種に同意します。

また、本人が高校生以上の未成年者であり、当日一人で来院し受けることについても同意いたします。

万が一、処置後に体調不良や緊急事態が生じた際には、医師の判断に基づき最善の救急処置を実施することに同意します。

西暦 20 年 月 日

<保護者記入欄>

住所	
氏名（署名）	印
本人との続柄	
緊急連絡先	

<ご本人（接種・受診者）記入欄>

住所	
氏名（署名）	
生年月日	西暦 年 月 日