

# 子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）予防接種同意書 （保護者が同伴しない場合）

## 【13歳以上のお子様をお持ちの保護者の方へ】

13歳以上のお子様が予防接種を受ける際、保護者が同伴しない場合はこの同意書が必要です。

受ける予防接種の効果及び副反応、健康被害救済のしくみを十分理解し、納得された上でお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合は、下記の保護者自署欄に署名し、持参させてください。（署名が無い場合、接種は受けられません）

なお、緊急の連絡先については、必ず接種当日に連絡のとれる電話番号（携帯番号や仕事先など）をご記入下さい。

子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）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健康被害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。

なお、本同意書が市川市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日

保護者自署

住 所

緊急の連絡先(番号)

※ 本様式は、子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）予防接種において保護者が同伴しない場合に必要となるものです。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と予診票を提出させるようにしてください。

**予診票及び、同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。**