

未成年者の予防接種の同意書

阿保クリニック 院長殿

私（保護者）は、子が予防接種を受けるにあたり、事情により同伴することが出来ないため、下記予防接種の実施について必要性和副作用を理解した上で同意致します。

- MR ワクチン（麻疹・風疹）
- 水痘ワクチン（みずぼうそう）
- ムンプスワクチン（おたふくかぜ）
- HBV ワクチン（B型肝炎）
- インフルエンザワクチン

希望される予防接種にチェックして下さい

同意年月日 年 月 日

被接種者（予防接種を受ける人）

氏名 生年月日: 年 月 日

被接種者の保護者

氏名 続柄 印

保護者住所

緊急時連絡先 — —

尚、当院に於いては7歳以上15歳未満の小児に関しましては原則保護者の同伴を必要としております。高校生、大学生、専門学校生など事情により住居を保護者と別にしており、保護者の同伴が困難な未成年者に於いては上記同意書を持って保護者の同意とさせていただきます。必ず保護者の方の自署をお願い申し上げます

姫路市東駅前町75-1
医療法人社団 阿保クリニック
院長 山本 秀三