

# ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症

## 予防接種同意書

（保護者が同伴しない場合）

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

「ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症予防接種をご希望の方へ」をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

（満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出させることに同意します。

保護者自署

住所

緊急の連絡先

※ ヒトパピローマウイルス（HPV）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。

満 16 歳未満のお子様 が 1 人で予防接種を受ける場合は、必ずこの同意書を提出させるようにしてください。

満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

# ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症

## 予防接種同意書

（保護者が同伴しない場合）

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

「ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症予防接種をご希望の方へ」をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

（満16歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出させることに同意します。

保護者自署

住所

緊急の連絡先

※ ヒトパピローマウイルス（HPV）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。

満16歳未満のお子様は1人で予防接種を受ける場合は、必ずこの同意書を提出させるようにしてください。

満16歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。