

## 日本脳炎予防接種同意書（流山市）

**13歳以上の方（満16歳以上の者を除く）については、この同意書によりあらかじめ保護者の同意が確認できれば、保護者の同伴を要しません。**

**○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。**

日本脳炎予防接種の効果及び副反応、健康被害救済制度のしくみを十分理解し、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。

（署名がなければ予防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。

日本脳炎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、子供に接種させることに同意します。

なお、本同意書が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署： \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

緊急の連絡先： \_\_\_\_\_

※お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの用紙を提出させるようにしてください。

上記、保護者の署名がないと予防接種は受けられません。