

＜ 高校生に相当する年齢の方対象：保護者が同伴しない場合 ＞

同 意 書

「インフルエンザ予防接種説明書」を読み、予防接種の効果や重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解しました。

その上で子どもの病歴、健康状態及び接種当日の体調等を考慮し、子どもが一人で予防接種を受けること及び予防接種の安全性の確保のため、本様式が南部町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

・保 護 者 自 署 _____（続柄 _____）

・被 接 種 者 氏 名 _____

・被接種者生年月日 平成 年 月 日 （ 歳）

・住 所 南部町大字 _____

・緊 急 連 絡 先 _____

（当日保護者と連絡が取れる電話番号をご記入ください）

※ この同意書は、インフルエンザ予防接種（任意接種）接種時に、**保護者が同伴しない場合に必要**となるものです。保護者同伴の場合は、不要です。

※ 接種当日は、この同意書と子どもインフルエンザ予防接種予診票・接種済証（ピンク色：別紙）を**必ず保護者の方が記入し、お子さんに持参させてください。**用紙をお忘れになりますと、予防接種は受けられませんので、あらかじめご了承ください。

※ 子どもインフルエンザ予防接種予診票（ピンク色：別紙）の「**保護者自署**」欄にも、忘れずに**保護者の署名**をお願いいたします。署名を忘れますと、予防接種は受けられません。