

HPVワクチン(ヒトパピローマウイルス感染症)の接種を受ける

13歳以上16歳未満の方へ

13歳以上16歳未満の方が「HPVワクチン(ヒトパピローマウイルス感染症)」の接種を受ける場合は、当同意書を提出することで、保護者が同伴しなくても予防接種を受けることができます。

保護者及び被接種者本人が、予防接種の効果と副反応、健康被害救済制度について理解し、当該予防接種を希望する場合で、保護者の同伴がない場合は、次の持ち物を必ずお持ちください。

<持ち物>

- ①予診票 } 保護者が記載事項すべてを記入してください。
 ②同意書 }
 ③母子健康手帳

.....切り取り.....

同 意 書

年 月 日

HPVワクチン(ヒトパピローマウイルス感染症)接種の効果と副反応、健康被害救済制度について理解したうえで、当該予防接種を子に受けさせることに同意します。

(被接種者氏名) _____

(ワクチンの種類) サーバリックス (2価)・ガーダシル (4価)・シルガード9 (9価)

※ 希望するワクチンの種類に○をしてください

保護者自署 _____

緊急連絡先 _____