

# インフルエンザ予防接種保護者同意書

(よしだ内科クリニック)

満 15 歳以上の未成年(満 20 歳未満)の方がインフルエンザの予防接種を保護者の同伴なしで受ける場合は、この同意書が必要です。

\*満 15 歳未満の方は保護者の同伴が必ず必要です。

よしだ内科クリニック院長殿

1. インフルエンザ予防接種を受けるにあたり、副反応等を記載した説明書の内容を理解したうえで、子供に接種させることに同意します。
2. 問診票の質問事項の回答は、当日の状態と相違ないことを確認します。

子供の氏名: \_\_\_\_\_

子供の生年月日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

保護者氏名(自著してください): \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

緊急連絡先(当日連絡がとれる電話番号): \_\_\_\_\_

記入日 令和 年 月 日