

【被接種者が 高校生以上 18 歳未満の場合】

## 予 防 接 種 同 意 書

令和 年 月 日

「予防接種のお知らせ」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予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

予防接種名 \_\_\_\_\_

現住所 福井市 \_\_\_\_\_

被接種者（子）氏名 \_\_\_\_\_ 保護者自署 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_