

谷町5丁目クリニック 宛

インフルエンザ予防接種 保護者同意書

－未成年（15歳以上の高校生）で接種当日に保護者が同伴しない場合－

～保護者の方へ～

- ・未成年の予防接種の実施に当たっては、原則、保護者の同伴が必要です。
ただし、15歳以上の高校生から18歳未満までの方については、保護者の同意があれば、保護者の方が同伴しなくとも接種を受けることができます。
- ・同意にあたっては、注意事項等の内容を十分理解した上で、接種することをお決めください。

同意書

インフルエンザ予防接種を受けるに当たって、注意事項等の内容を読み十分理解した上で、子どもが接種を受けることに同意します。また、予診票の質問事項の回答は、子供の当日の状態と相違ないことを確認します。

子どもの氏名

子どもの生年月日

保護者氏名（必ず自署）

住 所

緊急連絡先

記入日

年 月 日

谷町5丁目クリニック

〒540-0012 大阪府大阪市中央区谷町5丁目7-3 4階 TEL:06-6777-8320