子宮頸がん予防ワクチン保護者同意書

（保護者が同伴しない場合のみ、この同意書が必要です）

保護者が同伴しない場合は「子宮頸がん予防ワクチン（ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症）予防接種を受けるに当たっての説明」の内容をよく読み、十分理解し納得した上でお子様に接種することを決めてください。

接種させることを決定した場合は、保護者自署欄に記入・署名をしてください。（署名がない場合、予防接種は受けられません。）

接種を希望しない場合、保護者が同伴する場合、受ける方が既婚の場合は自署欄に記入する必要はありません。

子宮頸がん予防ワクチン（ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症）予防接種を受けるに当たっての説明を読み、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健康被害救済制度に基づく救済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。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

予防接種を受ける人の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生　年　月　日　　令和・平成　　年　　月　　日

保 護 者 自 署　　続柄（　　）

住　　所

緊急の連絡先

※　この同意書は、13 歳以上 16 歳未満の者に対して実施するヒトパピローマウイルス感染症予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が 1 人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書と予診票を医療機関へ提出してください。

※　予診票の保護者自署欄にも同一の署名がないと予防接種は受けられません。