

【被接種者が 高校生の場合】

予 防 接 種 同 意 書

令和 年 月 日

「インフルエンザワクチン説明書」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 インフルエンザワクチン

被接種者（子）氏名 _____ 保護者自署 _____

緊急の連絡先

※接種前に確認のため、保護者様へお電話をさせていただきます。
つながりやすい電話番号をご記入ください。

中神クリニック 072-657-8169