

## 同意書

予防接種を受けるにあたり、問診票裏の説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性などについて理解したうえで、子ども（被接種者）に接種させることに同意します。

令和 年 月 日

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

被接種者氏名

生年月日 平成 年 月 日生まれ