

インフルエンザ予防接種  
保護者同意書

13歳以上20歳未満の接種希望者で、接種当日に保護者同伴ができない場合はこの同意書を予診票とともに提出してください

---

穂坂クリニック院長殿

1. インフルエンザ予防接種を受けるにあたり、説明書の内容を理解したので、子供に接種させることに同意します。
2. 接種を受ける子供も、接種について了解しました。
3. 予防接種後にアレルギー等の緊急事態が生じた際には、医師の判断に基づいて処置を実施することに同意します。

接種を受ける子供

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者

署名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先（携帯電話推奨） \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（接種日より2週間以内）