

予診票裏面に記載された『インフルエンザワクチンの接種について』をよく読み、十分理解し納得されたうえでお子様に接種することを決めてください。

接種をされることを決定した場合は、下記の保護者自著欄に署名してください。

(ご署名がない場合は予防接種を受けることができません)

## 同意書

久下おおた内科 院長殿

インフルエンザ予防接種を受けるにあたって注意事項の説明を読み十分理解した上で、子供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ありません。

お子様氏名 \_\_\_\_\_ :

保護者氏名 (必ず自署) : \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_ :

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_ :

\*必ず記入してください

記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※この同意書をクリニックへ提出してください。署名がなければ保護者の同伴なしで予防接種は受けられません。

※本様式のほか、予防接種予診票の「保護者・被接種者記入欄(自署欄)」へのご署名もお願いいたします。

久下おおた内科