

## HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症予防接種同意書（保護者が同伴しない場合）

### ●13歳以上16歳未満のお子様の保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

三鷹市からの「HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症予防接種のお知らせ」、「HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症予防接種を受けるに当たっての説明」及び厚生労働省リーフレット（お知らせに記載の二次元コードよりご覧ください）をよく読み、接種における効果とリスクについて十分に理解し、納得されたうえで、お子様に予防接種することを決めてください。この同意書に署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様が予防接種を受けることができます（予診票及び同意書の双方に保護者の署名がなければ予防接種を受けることはできません）。

※本様式は、HPV（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。なお、12歳以下のお子様には保護者の同伴が必須です。

-----  
切り取り

HPV（ヒトパピローマウイルス）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うえ、本様式が三鷹市に提出されることに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

-----  
切り取り

HPV（ヒトパピローマウイルス）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うえ、本様式が三鷹市に提出されることに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

-----  
切り取り

HPV（ヒトパピローマウイルス）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うえ、本様式が三鷹市に提出されることに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_