

(医療機関名)

御中

子宮頸がん予防接種の接種にかかる同意書

私は、説明書「子宮頸がん予防接種をご希望の方に」を読み、予防接種の効果や副反応、目的、重篤な副反応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下記の者に接種させることに同意します。

なお、本様式が名古屋市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名 (自 署)

記

接種を受ける人	
氏 名	電 話 番 号
住 所	