保護者が同伴しない場合には、この保護者の同意書太枠内の署名と、別途予診票の署名が必要です

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種の対象となっている

お子さんをお持ちの保護者の方へ

ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）感染症予防接種　保護者同意書

〇保護者の方へ：必ずお読みいただき、接種当日保護者が同伴しない場合はこの用紙も本人に持参させてください。

【予防接種の対象となっている満 13 歳から 16 歳未満の妊婦の保護者の方へ】

満 13 歳から 16 歳未満の方へのヒトパピローマウイルス感染症予防接種については、この同意書と別紙予診票に保護者が自ら署名し、接種の際に提出することによって、保護者が同伴しなくても予防接種を受けられます。（当日は署名済のこの用紙と予診票を必ず持参させてください）

接種を希望する場合は、裏面の「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあたっての説明」などを読み、理解し、納得したうえで、受けさせてください。

接種させることを判断する際に疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や疾病対策課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてから署名をしてください。

なお、満 16 歳以上の方については、本人の同意のみで予防接種を受けられます。

〇保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

満 13 歳から 16 歳未満の方を対象として実施する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は、必ず予診票とこの保護者同意書に署名したものを本人に持参させてください。保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

私は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けさせるに当たって、裏面の「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるにあたっての説明」などを読み、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救済制度などについて理解しました。

この文書を持参する本人の保護者として、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種を受けさせることに同意します。なお、本様式が相模原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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お問い合わせ　相模原市保健所疾病対策課　電話 042-769-8346

【裏面をお読みください】