

未成年者の予防接種に対する 同意書

中野セントラルパーククリニック
院長 殿

私は下記の受診者が未成年であるため、親権者として受診者の意思を踏まえ、法的代理人として予防接種の目的や効果、副反応などを十分に理解した上で、貴院において受診者が予防接種を受けることに同意します。重篤な副反応が出現した場合は、事前連絡なく高次医療機関へ搬送となる場合があることに同意します。

平成 年 月 日

受診者氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

親権者氏名： _____ 続柄() _____

住所： _____

電話番号： _____