

**保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。**

「日本脳炎の予防接種のお知らせ（特例対象者）」の内容をよく読み、十分に理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。

接種させることを決定した方で保護者が同伴せずお子様のみで接種される場合は、下記の保護者氏名自署欄に署名してください。**（署名がなければ予防接種は受けられません。）**

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明を受け、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たうえで、子供に接種させることに同意します。  
また、本様式が市に提出されることに同意します。

**保護者氏名 自署** \_\_\_\_\_

**住所** \_\_\_\_\_

**緊急の連絡先** \_\_\_\_\_