

平成 年 月 日

任意予防接種の保護者同意書

今回、子どもの予防接種を受けるにあたり、保護者が特段の理由により同伴できない為、本書面により保護者の同伴なく接種させることに同意する場合、以下の署名によって成立し保護者同席のもと接種したことと同じ効力を持つものと定め同意します。

保護者自署 _____ 印

住所 _____

緊急連絡先 _____

お子様（接種を受けるもの）の氏名 _____

※予防接種当日必ず予診票と一緒に持ちください。

〒488-0006

尾張旭市大久手町中松原39

医療法人 あらかわ医院

TEL: 0561-53-9666

FAX: 0561-53-9665