

様式第1号（第6条関係）

宇土市乳幼児・児童・生徒インフルエンザ予防接種における保護者が同伴できない
場合の同意書

私は、被接種者にインフルエンザ予防接種を受けさせるに当たり、予防接種後に通常
起こり得る副反応があること、まれに起こり得る重い副反応があること及び宇土市の行
政措置制度上※の接種であること並びに健康被害の救済について理解しました。

下記の予防接種を受ける者の保護者として、インフルエンザ予防接種を受けることに
同意します。

年 月 日

住所 宇土市

保護者 氏名

緊急連絡先電話番号

予防接種を受け る方の情報	住所	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ。 <input type="checkbox"/> 宇土市		
	氏名	(フリガナ)		
生年月日	年 月 日	年齢	歳 月	

※宇土市の行政措置制度

この予防接種は、予防接種法に基づく予防接種ではなく、宇土市独自の予防接種と
なります。万が一、予防接種を受けた方に健康被害が発生した場合は、予防接種事故
災害補償規則により補償を行います。