

日本脳炎予防接種同意書（13歳以上16歳未満対象：保護者が同伴しない場合）

日本脳炎の予防接種を受けるにあたっての説明を読み、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たうえで、子供に接種させることに同意します。

保護者自署： _____

住 所：下野市 _____

緊急連絡先： _____

被接種者名： _____