親権者様各位

＜親権者様の同意書について＞

当クリニックでは、13歳から17歳の未成年者が親権者様のご同席なく
予防接種を受けられる場合、
本承諾書にて親権者様のご承諾を頂いております。

接種当日に親権者様のご同席が難しい場合、
下記承諾書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し頂き、
予診票と共に当クリニックに必ずご持参させてください。
※予診票にも保護者の署名が必要となります。

未成年者予防接種承諾書

医療法人社団環桜会巣鴨さくらなみき皮膚科御中

お子様のお名前　　ふりがな

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お子様の生年月日　　西暦　　年　　月　　日（　　才）

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、予防接種を受けるに当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、上記の未成年者が医療法人社団環桜会巣鴨さくらなみき皮膚科において予防接種を受けることを承諾します。

記入日 20　　年　　月　　日

親権者様（法定代理人）の住所・氏名（自署）

氏名　　㊞　　続柄（　　）

（〒　　－　　）
住所

TEL　　－　　－　　携帯　　－　　－

クリニック利用欄（記入は不要です）	
受領日：	担当者：