

# 同意書

小金井つるかめクリニック 殿

私は、予防接種を受けさせるに当たっての説明文書を読み、  
予防接種の目的、効果、安全性について理解しました。  
この文書を持参する本人の保護者として、以下の予防接種を  
することに同意します。

年 月 日

被接種者氏名

---

被接種者生年月日

---

予防接種の種類

---

保護者氏名（自署）

（続柄： ）

---

緊急連絡先

---

住所

---

---