

保護者不在時の予防接種に関する同意書

たてクリニック 院長殿

予防接種の種類 _____

この度は、上記に対する予防接種で、保護者不在で貴医院を受診することとなりました。保護者、受診者ともに貴医院の予防接種についての説明・内容を十分に理解しており、保護者了承の上で、子供のみ受診いたします。

尚、この度の予防接種に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処理や、変更が生じた場合、貴医院の指示通りに従います。

本日、受診者及び保護者が貴医院に対して、上記の次第で予防接種を依頼したことに対して、不服を申し立てるようなことはいたしません。

以上の通り同意いたします。

年 月 日

受診者 氏名 _____

住所 _____

保護者 氏名 _____

印

住所 _____

緊急連絡先 _____