

# 同意書

私は、 \_\_\_\_\_ が、 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に大阪府医師会予防接種センターに  
(接種される方の氏名) (接種日)

において、 \_\_\_\_\_ の予防接種を受けることに同意いたします。  
(希望される予防接種の種類)

大阪府医師会予防接種センター 御中

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ (印)  
(保護者の方が自署してください)