

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

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名： _____ 続柄： _____ ④
(保護者の方が自署してください)