

保 護 者 同 意 書

(被接種者が16歳以上から18歳未満の方用)

小樽検疫所千歳空港検疫所支所
予防接種担当医 殿

私は、____年 ____月 ____日 に、____が、
(予防接種を受ける日) (予防接種を受ける者の氏名)

黄熱ワクチンを接種するに当たり、「保護者の方へ」の内容（副反応等）を理解し
ましたので、黄熱予防接種を受けることに同意します。

年 月 日

保 護 者

住 所：_____

署 名：_____
(※保護者の氏名を直筆で記載してください。)

続 柄：_____

緊急連絡先電話番号_____

※記載事項に不備があった場合は、黄熱予防接種を受けられませんのでご注意ください。