

麻しん風しん混合ワクチン予防接種券（風しん予防緊急対策事業）

接種希望の方は*印欄にご記入ください。

和歌山市

※住所	和歌山市		
※被接種者の氏名及び性別		(男・女)	夫の場合（妊婦の氏名を記入）
※生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(満 歳)
※保護者氏名			
※連絡先 (電話番号)			
接種年月日	平成	年 月 日	

上記の者の麻しん風しん混合(MR)ワクチン予防接種を完了したことを報告します。

平成 年 月 日

医療機関名

住所
氏名

和歌山市長

様

き り と り き 線

麻しん風しん混合ワクチン予防接種（風しん予防緊急対策事業）

接種希望の方は*印欄にご記入ください。

(医療機関の控)

※住所	和歌山市		
※被接種者の氏名及び性別		(男・女)	夫の場合（妊婦の氏名を記入）
※生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(満 歳)
※保護者氏名			
※連絡先 (電話番号)			
接種年月日	平成	年 月 日	
接種医師名			

以下は未成年者で保護者の同伴がない場合に必要です。

保護者の方へ: 別紙説明文をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合には、下記の保護者自署欄に署名してください。(署名がなければ予防接種は受けられません)
接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

麻しん及び風しんの予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が必要時、市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住所

緊急の連絡先