

子宮頸がん予防ワクチン HPV ワクチン 接種希望届

子宮頸がん予防接種説明書(パンフレット)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上で、接種を希望します。

氏名		保護者氏名	
生年月日	平成 年 月 日		
住所	訓子府町	電話	() -
【母子手帳を確認し、記載してください】			
HPV ワクチンを以前に接種しましたか(○印をつけてください)			
①はい { 1回目(年 月 日) 2回目(年 月 日) 3回目(年 月 日) { ワクチンの種類(サーバリックス ガーダシル シルガード)			
②いいえ			
◆13歳～16歳未満で保護者が同伴できない方は「保護者の同意書」が必要です。			
◆保護者以外の方が同伴する場合は「委任状」が必要です。			

◆希望するワクチンに○印をつけてください

	サーバリックス(2価)
	ガーダシル(4価)
	シルガード(9価)

※ワクチン供給状況により希望のワクチンの接種が難しい場合は、後日ご連絡いたします。

◆希望する日時を記載してください(2回目、3回目の間隔に留意して記載ください)

	1 回 目	2 回 目	3 回 目
接種希望日	月 日	月 日	月 日
サーバリックス		1回目から1か月以上あける	1回目から6か月以上あける
ガーダシル シルガード		1回目から2か月以上あける	1回目から6か月以上あける
シルガード (1回目が15歳未満)		1回目から6か月以上あける	

【接種医療機関】 訓子府クリニック(訓子府町東町 電話0157-47-3311)

【実施日時】 月・火・水・木・金 9時～11時/14時～16時30分(火 午後16時まで)
土 9時～11時
日・祝 休診

1回目の接種希望日の 1週間前までに「接種希望届」の提出(窓口、FAX)、もしくは電話での連絡をお願いします。

【提出窓口】 訓子府町教育委員会子ども未来課子ども支援係(認定こども園内)
TEL:0157-47-2367 FAX:0157-47-2556