

## 静岡県B型肝炎ワクチン接種同意書

下記の留意点および、任意の予防接種であることを認識した上で、「静岡県B型肝炎ワクチン接種緊急対策事業実施要領」の接種費用助成による予防接種を受けることに同意します。

### 留意点

- ・静岡県B型肝炎ワクチン接種費用助成は、B型肝炎ワクチンの「任意接種」に対する接種費用の助成です。このため、ワクチン接種により健康被害が発生した場合の補償は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済給付となり、静岡県は損害賠償金、補償金、見舞金等の支給はしません。
- ・B型肝炎予防ワクチン接種の効果及び副反応、接種時における乳幼児への適応性等について十分理解した上で接種の判断をしてください。

同意日 年 月 日

保護者

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印) (男・女)

※自署の場合、押印は不要です。

電話番号 \_\_\_\_\_

助成対象者

氏 名 \_\_\_\_\_