

接種群（過去に HPV ワクチンを接種された方）

同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

大阪産婦人科医会会長 殿

殿（各医療機関の長）

市（または町・村）市長（または町村長）殿（在住自治体名）

研究題目：日本における HPV ワクチンの細胞診異常予防効果に関する疫学研究

HPV ワクチンを接種しています。接種が診療録や接種記録（母子手帳など）で確認できない場合は、自治体への接種歴の確認に同意します。

ワクチン接種情報の自治体から医療機関への提供に同意します。

この研究へ参加することに同意します

データの2次利用に同意します

（同意いただける事項にチェック（レ）を入れてください）

本人署名： _____（必須）

署名年月日（生年月日ではありません）： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必須）

担当医署名（記名・捺印も可）： _____ ⑩（必須）

署名年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（必須）

代諾者（保護者等）署名（続柄）： _____（ ）

同席者（家族等）署名： _____

立会人（看護師等）署名（職名等）： _____（ ）