

<新型コロナウイルスワクチン接種 同意書>

白石町長 様

私（保護者）は、このたび接種者本人が新型コロナウイルスワクチン接種を受けるに当たり、ワクチンに関する説明書（別紙案内）を読み、ワクチン接種の効果や副反応について理解しました。

ワクチン接種後にアナフィラキシーショックなどの緊急事態が生じた際、医師の判断に基づいた救命処置を実施することに同意します。

私は、下記の者へのワクチン接種に同意します。

年 月 日

<新型コロナウイルスワクチン接種を受けるもの>

住所 _____

接種者の氏名 _____

<保護者> ※未成年の方は保護者の同意が必要です。

住所 _____

保護者氏名（本人の署名） _____

緊急時の連絡先 _____

本人との続柄 _____