

新型コロナウイルスワクチン予防接種同意書

この度、山梨大学において実施されます高校年生を対象とした新型コロナウイルスワクチン接種について、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、次の生徒が受けることを保護者として同意します。

また、ワクチン接種後に副反応などが生じた際、医師の判断に基づいて必要な診察や治療を受けさせることについても同意します。

【接種を受ける生徒】

接種生徒 科 年 番

氏名（自署）： _____

生年月日：平成 年 月 日 生

住 所： _____

緊急時の連絡先電話番号： _____

以上、確認の上、相違ないことを認めます。

令和3年 月 日

保護者の氏名（自署）： _____ 印