

新型コロナウイルスワクチン接種保護者同意書

弟子屈町では、被接種者が未成年の場合に、安全な接種を行うため保護者の同意を確認しています。ワクチンを接種することにより副反応として皮膚の発赤やじんま疹、その他アレルギー反応、まれにアナフィラキシーショックなど重篤な反応をおこすことがあります。同封の「新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書」を必ずご一読ください。また、副反応に対し治療が必要な場合は、健康保険は使用できますが自己負担分はお支払いしていただく必要があります。ただし、重篤な健康被害に対しては、予防接種法に基づく健康被害救済を受けることができます。

なお、被接種者が既婚者の場合、同意書は必要ありませんので、事前にお申し出ください。

新型コロナウイルスワクチンの効果と副反応を理解したうえで接種に同意します。

令和 年 月 日

《接種者本人》

ふりがな
接種者氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

《保護者（親権者）》

ふりがな
保護者氏名 _____ (本人との関係 _____)

保護者連絡先電話番号 _____ - _____