

予防接種申込書兼同意書

医療法人社団清心会 至聖病院
院長 志水正史 行（予防接種担当医経由）

被接種者氏名	殿（ 年 月 日生 満 歳）
住 所	
ワクチン種類	☐ 新型コロナウイルスワクチン ☐ インフルエンザワクチン ☐ その他（ ）
接種者希望日	年 月 日（接種回数 回目）

既婚者を除く未成年者に対して実施する予防接種には保護者の同伴が必要です。
16歳以上の接種者についても保護者の同伴が原則ですが、やむを得ない場合
においては、本同意書をもって保護者の同伴と同様のお取り扱いをいたします。
予防接種の説明、副反応の注意などにつき添付資料の内容を十分理解された方
は、下記の同意署名をお願いいたします。

本同意書の記載事項および添付資料について理解をいたしました。

上記の被接種者への上記ワクチンに同意いたします。

年 月 日

保護者署名（自署）

※接種後の生活に関する注意などについての説明を理解することが出来ない者についてはこの同意書を利用して
予防接種を受けることはできません。保護者の同伴が必要です。