

金沢大学長 殿

新型コロナワクチン予防接種同意書

私は、下記生徒の保護者として、添付の「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、金沢大学において実施する武田/モデルナ社製の新型コロナワクチン予防接種を下記生徒が受けることについて同意します。

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下記生徒が診察や治療を受けることについても同意します。

年 月 日

【予防接種を受ける生徒】

所属：小・中・高等・特別支援 学校 学年： 年

※該当する校種を○で囲んでください。

氏 名 : (フリガナ:)

生年月日： 年 月 日 (才)

【保護者】

住 所：

※生徒と同じ場合は、「同居」と記載してください。

氏名(自署): _____

生徒との続柄：

緊急時の連絡先電話番号：

※接種日当日、連絡がつく電話番号を記載してください。