

学校法人 藍野大学 殿

新型コロナワクチン予防接種の同意書

私は、下記学生の保護者として、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、学校法人藍野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学生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学生が診察や治療を受けることについても同意します。

西暦 年 月 日

【接種回】 第 1 回目 ・ 第 2 回目 ※いずれかを○で囲ってください

【保護者】

住 所： _____

保護者の氏名（自署）： _____

緊急時の連絡先電話番号： _____

【予防接種を受ける学生】

接種者の氏名（自署）： _____

生年月日： 西暦 年 月 日(満 歳)

学 校 名： _____

学 科： _____

学 年：第 学年（学籍番号： _____）