

学校法人 近畿大学 殿

新型コロナウイルスワクチン予防接種同意書

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」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000739391.pdf>)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、近畿大学において実施するファイザー社製の新型コロナウイルス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。

記入日:西暦 年 月 日

【接種日】 回目 西暦 年 月 日

【保護者】

住所: _____

保護者の氏名(自署): _____ 印

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): _____ 印

生年月日: 西暦 年 月 日

所属:近畿大学附属看護専門学校

学年:第 学年(学籍番号: _____)