

神奈川県知事 殿

## 新型コロナウイルスワクチン予防接種同意書

私は、保護者として、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、神奈川県大規模接種会場において実施するアストラゼネカ社製の新型コロナウイルスワクチン予防接種を下記の者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の者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

【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: \_\_\_\_\_

【予防接種を受ける者】

接種者の氏名(自署): \_\_\_\_\_

生年月日:(西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日(満 歳)