

学校法人中西学園 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、添付の新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000782621.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うえで、学校法人中西学園において実施する武田/モデルナ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療や治療を受けることについても同意します。

年 月 日

(第1回目の接種日を記入)

【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

大学名／学部／学科： _____

学籍番号： _____

注) 同意書の提出が必要な方は第1回目の接種日の時点で満20歳未満の方です。