

同意書

つむぎこどもクリニック

院長 吉岡淑隆殿

インフルエンザワクチン接種において、下記同意いたします。

- 1 接種者本人の保護者として、インフルエンザワクチン接種に同意します。
- 2 医師によるワクチン接種不可の判断があった場合はそれに同意します。
- 3 クリニックから保護者の来院が必要との連絡があった場合は来院いたします。

以上

接種日 年 月 日

接種者本人氏名 (お子さんのお名前)	
-----------------------	--

※保護者本人のサイン必須

保護者氏名	
住所	
当日連絡可能な電話番号	