

輸入ワクチンについての同意書

埼玉医科大学かわごえクリニック院長殿

私は、輸入ワクチンについて、十分な説明を受け内容について理解しました。そのうえで、輸入ワクチンの接種を受けることを自分の意志で決定しました。よって、以下に自筆署名いたします。

年 月 日

患者署名 : _____

保護者または親権者・親族等署名 : _____

(続柄)

注) 患者本人が20歳未満の場合または意志決定できない場合、必ず記載してください。