

インフルエンザ予防接種 同意書

江古田まえはら耳鼻咽喉科
院長 前原 浩史

インフルエンザワクチン接種の予防効果と重篤な副反応の可能性を理解した上で、子どもにインフルエンザワクチンを接種する事に同意致します。

保護者様氏名

(続柄)

接種者様氏名 (インフルエンザワクチンの接種を受ける方)

御住所

緊急連絡先 (当日、保護者様と連絡が取れる電話番号)

Tel