

ワクチン接種についての同意書

宛: 生活習慣病・脳内科あべクリニック  
院長 安部芳武 殿

親権者として下記ワクチン接種希望者のワクチン接種に同意する。

以上

対象となるワクチンの種類: インフルエンザワクチン

日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ワクチン接種希望者: \_\_\_\_\_

親権者: \_\_\_\_\_