

フルミスト同意書

北浜こどもクリニック

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月
(診察券番号 _____) * 無い方は空欄で
住所 _____
電話番号 _____

貴院のフルミストについての説明をすべて読み、効果・副反応などについて十分に理解した上で接種を希望します。

また、フルミストは国内未承認ワクチンであり、万が一健康被害が発生した場合には補償は無く、すべて自己責任の下で接種する旨を同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____
(代筆者の場合 続柄 _____)