

# 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 \_\_\_\_\_)