

令和 年 月 日

すみだゼネラルクリニック御中

同意書

・ ワクチン接種希望者^{しめい}氏名（必ず読み方も）：

・ 生年月日： 年 月 日

・ 年齢：

・ 住所：〒

・ 電話番号（保護者携帯電話等）

* 令和 年 月 日に行われるインフルエンザワクチン接種について同意します

・ 同意者氏名：

・ ワクチン接種希望者との関係（例・母）：

・ 住所（上記と異なる場合のみ 同じ場合は「同上」）：