**新型コロナウイルスワクチン接種同意書**

介護支援専門員

　　　　　　　　　様

新型コロナウイルスワクチン接種について、接種の効果や副反応

**（※ 別紙資料を必ずお読みください。）**

等について理解した上で、接種に同意します。

また、被接種者は自署ができない為、接種に係る予診票への必要

事項の記入等及び「接種希望書」欄への署名の代筆を依頼します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　被接種者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　家族氏名：