



佛蒙特州衛生部
新冠病毒疫苗接種診所
同意書

接種者姓名： _____ 出生日期： _____

- 我證明我是接種者本人，並且已年滿 18 歲，或者是接種者的家長或法定監護人。
- 我已經收到疫苗接種者緊急使用授權(EUA)或今天將要接種的新冠病毒疫苗資料聲明的副本。
- 我已閱畢並理解上述文件所載的資訊。
- 我有機會就新冠病毒疫苗提問。
- 本人明白新冠病毒疫苗的風險與效益，特此要求為上述接種者接種疫苗，而且我有權代表他／她表示同意。*

接種者簽署： _____

同意書簽署日期： _____

家長／法定監護人簽署* (如接種者未滿18歲) _____

*如果未成年人由國家監護，則需要授權代表簽署。

家長／法定監護人姓名(請用印刷體書寫)： _____

家長／法定監護人的日間電話號碼**： _____

**如家長／法定監護人不會到診所。