

バーモント州保健局
新型コロナウイルス予防接種診療所
同意フォーム

患者名： _____ 生年月日： _____

- 私は、私自身が患者で **18 歳以上**であるか、患者の親または法定後見人であることを証明します。
- 私は、ワクチン接種者の緊急使用許可（EUA）または本日受ける新型コロナウイルスワクチンに関する情報のコピーを受け取りました。
- 私は、ワクチン接種者のためのEUAまたはワクチンに関する情報に含まれる内容を読み、理解しました。
- 私は、新型コロナウイルスワクチンについて質問する機会が与えられました。
- 私は、新型コロナウイルスワクチンの利点とリスクを理解しており、私が同意を提供することができる上記の者に、ワクチンの接種を依頼します。*

患者の署名： _____

同意フォームに署名した日付： _____

親/法定後見人の署名*（患者が18歳未満の場合） _____

*未成年者が州の管理下にある場合は、正式な代理人の署名が必要です。

親/法定後見人の氏名（活字風に記入）： _____

親/法定後見人の日中の電話番号**： _____

**親/法定後見人が診療所に立ち会わない場合。