

佛蒙特州衛生部  
新冠肺炎免疫診所  
同意書

患者姓名：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_

- 我證明我是患者，並且至少年滿**18歲**，或者是患者的父母或法定監護人。
- 我已經收到疫苗接收者緊急使用授權(EUA)或今天將接受新冠肺炎疫苗的疫苗資訊聲明的紙本。
- 我已閱讀並了解EUA中包含對疫苗接種者的資訊或疫苗資訊聲明。
- 我有機會提出有關新冠肺炎疫苗的問題。
- 我了解新冠肺炎疫苗的好處和風險，並要求將疫苗提供給我獲授權提供同意的上述患者。\*

患者簽名：\_\_\_\_\_

同意書簽署日期：\_\_\_\_\_

家長 / 法定監護人簽名\* (若患者小於18歲) \_\_\_\_\_

\*若未成年人由國家監護，則需要授權代表簽名。

家長 / 法定監護人姓名 (請寫正楷) : \_\_\_\_\_

父母/法定監護人日間電話號碼 \*\*: \_\_\_\_\_

\*\*若家長 / 法定監護人不曾在診所出現。