

意見書

(住所)

(氏名)

(生年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日

上記の者は、新型コロナウイルスワクチンについて

アレルギーなど健康上の理由により接種を見合わせた方が良い
(理由 _____)

接種を見合わせる必要はない

接種の可否については、二次病院での判断が必要

(理由 _____)

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

(記名押印または署名)