

様式 ①

令和 年 月 日

(医療機関・代表者名)

殿

住所  
氏名

同 意 書

令和4年度山梨県高齢者等インフルエンザ予防接種促進事業による助成を受けるに当たり、一般社団法人山梨県医師会へ私の予診票の写しを提供することに同意します。

※被接種者が自署できないため、被接種者に同意の意思確認を行った上で、代筆しました。

代筆者の氏名

被接種者との関係