

神奈川県知事 殿

## 新型コロナワクチン交接種確認書

私は、新型コロナワクチンの副反応等について理解した上で、神奈川県大規模接種会場において実施する新型コロナワクチンの接種を、交接種として受けることを希望します。

以下の理由により、接種を希望します。(該当する項目にを入れてください)

1. 事前に、医学的見地から、同一ワクチンの接種が困難と医師に判断されたため、当ワクチンの接種を希望します。
2. 他のワクチンの流通の減少や転居等により、ワクチン接種が困難であるため、当ワクチンの接種を希望します。

※ 2の理由により接種を希望する場合、当日の医師による問診の結果、接種をお断りする可能性があります。

### 【予防接種を受ける者】

接種者の氏名(自署): \_\_\_\_\_

生年月日: (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(満 \_\_\_\_\_ 歳)