く四日市市の集団接種会場で接種する12~15歳の子どもの保護者(=お父さんやお母さん)の皆さんへ>

- 新型コロナワクチンの接種<=注射>は強制ではありません。
- $12\sim15$ 歳の子どもは、病院での個別接種<=病院でワクチンの注射をすること>でしか(新型 $12\sim15$ 歳の子どもは、病院での個別接種<=病院でワクチンの注射をすること>でしか(新型 $12\sim15$ 歳の子どもは、病院での個別接種<=病院でワクチンの注射をすること>でしか(新型 $12\sim15$ 歳の子どもな、病院での個別接種<=病院でワクチンの注射をすること>でしか(新型 $12\sim15$ を $12\sim15$ を 1
- せっしゅび ちゅうしゃ う ひ ねん がっ にち にち にち ■ 接種日<=注射を打つ日>: 2021年10月15日・16日・17日

かいめ せっしゅび いっかいめせっしゅび しゅうかんご (※ 2回目の接種日は、1回目接種日の4週間後)

- 予約開始日:9月29日(水) 12時30分からコールセンター (059-327-5990) で先行予約を受け付けます。子どもと一緒に来る保護者 (=お父さんやお母さんなどの親の権利を持つ人) も 1人、 同時に予約できます。※ WEB では予約できません。

こうしきほー む ペー じ にじげんこー どく公式ホームページ 二次元コード> しんがたころなわくちん しんがたころなわくちん しんがたころなわくちん さいいじょう 新型コロナワクチン 新型コロナワクチン 新型コロナワクチン 12歳以上の子どもと にほんご よぼうせっしゅ せつめいしょ よぼうせっしゅ せつめいしょ 保護者へ (日本語) 予防接種の説明書 予防接種の説明書 接種における同伴 いにんじょう にほんご 委任状 (日本語) にほんご にほんご (やさしい日本語) (日本語)

たゅうしゃ う ひ も **注射を打つ日に持っていくもの**

- * 接種券
- ・子どもの本人確認書類(健康保険証など)
- いにんじょう ほごしゃいがい しんぞく ・ 委任状 (保護者以外の親族<=おじいさんやおばあさん、おじさん、おばさんなど>

が代理人<=(保護者の)代わりの人>として、一緒に来るときは必要です。)

(・母子健康手帳 ※できるだけ持ってきてください。)

と 【問い合わせ先】

よっかいちししんがたころ な ゎ く ち んせっしゅこ ー る せ ん た ー

○ 四日市市新型コロナワクチン接種コールセンター 059-327-5990

へいじつ しゅくじついがい げつようび きんようび じ ぶん じ ぶん 【平日 (祝日以外の月曜日から金曜日)の8時30分から19時00分まで、

とようび にちょうび しゅくじつ じ ぷん じ ぶん 土曜日・日曜日・祝日の8時30分から17時15分まで】

がいこくじんこ 3 な わ く ち んそうだんだ い や る
みえ外国人コロナワクチン相談ダイヤル080-3123-9173

12~15歳 予診票記入例

■ 新型コロナワクチン接種の予診票(1回目)
※太枠内にご記入またはチェックIVを入れてください。 ※ワクチン接種後に医療機関において
住民票に 記載されて いる住所 三重 府 県 四日市 別 村 ※ 左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに 貼り付けてください 諏訪町1番5号 貼り付けてください ※ 左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに 貼り付けてください
フリガナ
氏 名 四日市 花子
(西暦) Z O O 9 ↑ 9 ↑ 3 O □ ↑ 1 5 M ↑ □ ↑ ↑ 2 × № 宗 前 ∨ 下 価
ほごしゃ きんきゅうれんらくさき でんわばんごう か 保護者の緊急連絡先(電話番号)を書いて は同じですか。
ください。 pの従事者
□ 基礎疾患を有する(納者・) 現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。
是44、同时加以内区以(Christ) C. 后指(这类以下)。
● 保護者が一緒に来る場合…注射を打つ日に、保護者が書いてください
だいりにん ほごしゃ か しんぞく いっしょ く ばあい ちゅうしゃ ● 代理人<=保護者の代わりの親族など>が一緒に来る場合…注 射を
う ひ だいりにん か 打つ日に、代理人が書いてください
だいりにん いっしょ く ぱぁぃ べっ いにんじょう ひっょう ※ 代理人が一緒に来る場合、別に「委任状」が必要です
※ 詳しいことは、コールセンターなどで確認してください。
医師記人欄 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救力・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
新型コロナワクチン接種希望書 医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などいついて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します・ 接種を希望しません)
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としてします。 このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康・保険中央会 及び国民健康保険団体連合会に提出されることに 意します。 本和 3年 10月 15日 保護者自署 四日市 太郎 (※自署できない場合は代達者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との総所を記憶) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)
ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関等コード・接種年月日は存内に収まるよう記入してください。 窓面記 ※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください。 (注)有効期限が切れていないか確認 医師名 ※枠に合わせてまっすぐに は) 有効期限が切れていないか確認 面 との2 年 月 日