

接種Pfizer（輝瑞）COVID-19疫苗未成年人知情同意書

我無法陪同我的孩子或法定監護人前往疫苗診所。我
同意 _____ 帶我們的前去接種疫苗。

我已看過並能夠查看有關Pfizer（輝瑞）COVID-19疫苗的緊急使用授權情況說明。如果我需要更多關於疫苗或疫苗接種過程的資訊，帶我孩子來的人將打電話聯絡我，與疫苗接種員溝通。

請選擇以下一項

_____ 我已在線上填寫了篩查問卷（過敏/其他健康狀況/等）

_____ 我已經列印/完成了篩查問卷，並讓孩子一起帶著

_____ 帶我孩子來接種的人有篩查問卷所需的醫療資訊，或者可以聯絡我瞭解更多資訊

我瞭解疫苗的風險和益處，並同意我的孩子在緊急使用授權下接受Pfizer（輝瑞）BioNTech疫苗。

孩子的全名

孩子的出生日期

(孩子必須年滿12歲)

父母或法定監護人姓名

簽名

今天的日期