붙임 2 코로나19 예방접종 시행 동의서 (의료기관 제출)

※ 아래 예방접종 시행 동의서는 **보호자가 접종 당일 동행하지 못하는 경우에만** 보호자가 **예진표와 함께 작성**하여 접종대상자가 **접종 당일 의료기관에 제출**할 수 있도록 합니다. (학교에 제출하지 않습니다.)

소아청소년 대상 코로나19 예방접종 시행 동의서

질병관리청에서는 **안전한 예방접종 시행을 위해 보호자(법정대리인)가 동행하여 예방접종을 실시**하도록 하고 있습니다.

본 동의서는 **보호자(법정대리인)가 접종대상자와 동행하지 못하는 불가피한 경우, 접종대상자가 단독으로 의료기관을 방문하여 예방접종을 실시하는 것에 대한 보호자 (법정대리인) 동의 여부를 확인하기 위하여 마련되었습니다.**

귀하께서 접종대상자가 단독으로 의료기관에서 예방접종 받는 것에 동의할 경우 코로나19 예방접종 시행 동의서와 예진표를 작성하여, 접종대상자가 의료기관에 제출하고 예방접종을 받을 수 있도록 하여 주시기 바랍니다.

* **'코로나19예방접종 예진표'와 '소아청소년 대상 코로나19 예방접종 시행 동의서'는 반드시 보호자(법정대리인)가 작성**하여야 하며, 관련 서식은 질병관리청 코로나19 예방접종 누리집(ncv.kdca.go.kr) > 알림·서식 > 지침 에서 다운로드하여 사용하실 수 있습니다.

---

1. 접종대상자가 예방접종하고자 하는 해당 백신을 표시해 주십시오.
   - 화이자社 코로나19 백신(코미나티주) □
2. 접종대상자의 예방접종 예진표를 작성하셨나요? 예 □ / 아니오 □
3. 접종대상자가 예방접종 후 급성 중증 이상반응 발생 여부 관찰 등을 위하여 접종 후 15~30분간 접종 기관에 머무를 수 있도록 반드시 사전에 알려주십시오. 예 □
4. 보호자(법정대리인)는 접종대상자가 접종 후 일주일 간 고강도의 운동 및 활동을 자제하도록 지도해주시고 건강 상태를 면밀히 관찰하여 주시기 바랍니다. 예 □
5. 접종대상자의 예방접종 후 이상반응 설명 및 미동행 확인 등을 위하여 연락 가능한 연락처를 정확하게 작성해 주십시오(**휴대 전화번호:**).

※ **접종 당일 접종대상자의 건강상태 및 의사의 예진 결과에 따라 예방접종이 연기될 수 있습니다.**

피접종자(대상자) 성명 :
피접종자(대상자)와의 관계 :
보호자(법정대리인) 성명 :

20 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명: (서명/인)