新型コロナウイルスワクチンの接種について

新型コロナウイルスワクチンの接種について、以下ご記入の上、ご提出をお願いいたします。なお、ワクチン接種は、各個人の感染リスク軽減に加え、医療提供体制の確保の観点から望ましいものの、任意であり、接種しないことにより本学で不利な扱いを受けることはありません。

氏　　名：

生年月日：（西暦）　　　 年　　　月　　　日

◆ワクチン接種状況

　該当するものに☑を入れてください。

□ あり　→　ワクチンの種類：いずれかに○をつけてください。

ファイザー　・　モデルナ　・　その他（ ）

1回目：（西暦）　　　 年　　　月　　　日

2回目：（西暦）　　　 年　　　月　　　日

3回目：（西暦）　　　 年　　　月　　　日

□ なし

※「あり」に☑を入れた方は、ワクチンを接種したことを確認できる書類（接種証明書や予診票の写し等）を提出してください。

九州大学病院グローバル感染症センター

提出先：九州大学病院臨床教育研修センター