

## 新型コロナウイルス・ワクチン安全証明書

### 【ワクチン接種を受ける者】(以下、被験者)

名前 \_\_\_\_\_

誕生日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

### 【ワクチン接種を行う医師】

名前 \_\_\_\_\_

医師番号 \_\_\_\_\_

該当する健康保険法 \_\_\_\_\_

賠償責任保険 \_\_\_\_\_

摂取が行われる場所 \_\_\_\_\_

COVID-19ワクチン \_\_\_\_\_

### 【賠償責任に関して】

ワクチン接種を行う医師として、投与されるCOVID-19ワクチンについて認知されている全副作用と詳細な成分内容についての知識を有することを認める。接種に伴い、ワクチン製造者が主張する効果のみが期待されることを保証する。また、接種されるワクチンの内容について、認可されたワクチン成分のみが含まれることを保証する。

摂取を行う医師は、被験者の健康状態を詳細に試験・記録し、ワクチン接種可能であると判断した。よって、対象者はワクチン接種に伴う一切のリスクが無いことを確認済みである。加えて、アナフィラキシーショック、麻痺、中毒症状、アレルギー症状、不妊症のリスク、一切の後遺症、健康被害や副作用、確認済みの健康被害といったリスクはワクチン接種によって発生しないことを保証する。

ワクチン接種により接種直後から最大2年以内に被験者が健康被害を負う、もしくは死亡した場合、接種を行った医師は必要となる治療、セラピー、損害賠償といった一切の費用を負担するものとする。賠償責任は摂取後2年間を期限とし、接種を行う医師は、接種後90日以内に一切の健康被害がワクチンによる被害でないことを証明することを義務付ける。接種後90日以降は、被験者が後遺症とワクチンの関連性を証明しなければならない。被験者の希望があれば、該当する賠償責任保険を提示するものとする。

新型コロナウイルス・ワクチン安全証明書は、市町村及び国を通した賠償を含まない。

日付 \_\_\_\_\_ 医師の署名及び捺印 \_\_\_\_\_ 被験者の署名 \_\_\_\_\_