

ワクチン免除申告書

岐阜県立下呂温泉病院 理事長殿

申請日 年 月 日

職種

部門

氏名

接種できないワクチン名に○をしてください

麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ B型肝炎

理由に○をしてください

- 1) 妊娠
- 2) ワクチンアレルギー
- 3) その他

※「妊娠」の場合は母子手帳のコピーを添付してください。

※「ワクチンアレルギー」の場合は医師の診断書を添付してください。