ワクチン接種不適当者（「免疫疾患やアレルギー、治療中の病気のためワクチン接種ができない場合など」）は、

医療機関に「□」内の記入を依頼し、別紙「旭川医科大学病院　実習及び研修のための調査票」とともに提出願います。

ワクチン接種の免除申告書

旭川医科大学病院長　殿

申請日　　　西暦　　　　　年　　月　　日

所属施設名

氏　　　名

実習・研修部署

**以下、担当医師記載欄とする**

**１．該当ワクチンに○を付してください。**

１．麻疹　　　２．風疹　　　３．水痘　　　４．流行性耳下腺炎　　　５．Ｂ型肝炎

**２．理　由**

記載日（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞