

ワクチン接種不適合者（「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「4 疾患感染症及びB型肝炎に関する調査票」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

印