

別記様式第3－2号

ワクチン接種不適合者申告書

令和 年 月 日

山梨大学医学部附属病院長 殿

申告者住所

申告者氏名 (署名)

私は、以下のとおりワクチンを接種しませんでしたので申告します。

記

1. 未接種ワクチン名

	ワクチン名
	B 型 肝 炎
	水 痘
	麻 疹
	風 疹
	ム ン プ ス

注：該当するワクチン名の前の欄に○を付してください。

2. 理由

	ワ ク チ ン 未 接 種 理 由
	アレルギーのため
	疾患のため
	その他 ()

注：該当する理由の前の欄に○を付してください。

その他の場合は、簡単にその理由を記載してください。