様式第６号（第６条　第２項関係）

医療法人公仁会 姫路中央病院

病院長　金丸　太一　様

　ワ　ク　チ　ン　接　種　不　適　当　理　由　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　養成機関（学校）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習生　 氏　名：

生年月日：

　　　　　　　　　　　未接種項目：

（未接種の理由）

　　　　上記理由により、予防ワクチン未接種です。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関長　　　　　　　　　　　印