

年　月　日

豊岡市長 様

医療機関名

医 师 名

印

## 定期予防接種遅延理由書

長期にわたり、定期予防接種が実施できなかつた理由を下記のとおり連絡します。

記

接種を受ける人	住 所	豊岡市				
	氏 名		男 女	生年 月 日	(満 年 歳)	月 日 生 力月)
予防接種が できなかつた理由	①病名  ②経過  ③やむを得ず予防接種ができなかつた理由					
上記の要因が 解消された日	年　月　日					
希望する 予防接種の種類						

## 以下、市記入欄

- 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。

年　月　日　から　年　月　日　までの間に接種を受けてください。

- 上記のことについて、承認しないこととします。

(不承認の理由 )

年　月　日

豊岡市長

印

(担当課：健康増進課)