

年 月 日

豊岡市長 様

医療機関名
医 師 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っ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				
	ふり 氏 がな 名		男 女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳 カ月)	
予防接種が できなかった理由	①病名					
	②経過					
	③やむを得ず予防接種ができなかった理由					
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)