

年 月 日

豊岡市長 関 貫 久 仁 郎 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 <small>ふりがな</small>		男 女	生年 月 日	年 月 日生 <small>(満 歳 カ月)</small>
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 関 貫 久 仁 郎 印

(担当課：健康増進課)