別紙様式３

ワクチン未接種理由書

氏　　　名：

接種項目：

上記の理由により，ワクチン未接種です。

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

所属機関等の名称

代表者名

個人での申請の場合

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

上記理由について，受入れ診療科等へ個別に確認の上，判断します。

-----------------------------------------------------------------------------------------------------

※以下は金沢大学附属病院記入欄（総務課→受入診療科等→総務課）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入期間 | |  |  | | --- | --- | | 診療科(部)長  確認日 |  |   受入診療科等確認欄 |
| ・　　　・　　　～　　　・　　　・ | □条件付き受入可※詳細を記入 |