

ワクチン接種不適用理由書

養成機関（学校）名：

実習生 氏 名：

生年月日：

未接種項目：

（未接種の理由）

上記の理由により、予防ワクチン未接種です。

年 月 日

所属機関の
名 称

所属機関長

印