（様式２）

ワクチン免除の申告書

岡山大学病院　病院長殿

申請日　　西暦　　　　　　　　　年　　　月　　　日

採用予定所属名

職名

氏名

接種できないワクチン名に○をしてください

　　　　　麻疹　　風疹　　水痘　　流行性耳下腺炎　　Ｂ型肝炎

理由に○をしてください

1. 妊娠
2. ワクチンアレルギー
3. その他

理由をお書きください

※「ワクチンアレルギー」、「その他」の場合は、医師の診断書を添付すること