

(様式8)

## ワクチン免除の申告書

沖縄医療生活協同組合 理事長殿

申請日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

採用予定事業所・部署名 \_\_\_\_\_

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

理由をお書き下さい。

[ ]