

予防接種承諾の取り下げについて

大分市が住民に実施する予防接種法に定める予防接種及び市自らの行政措置に基づく予防接種について、下記の個別予防接種の協力を承諾し、実施していましたが、都合により承諾を取り下げます。

記

終了年月日 年 月 日

※ 承諾を取り下げる個別予防接種について記入欄に○印をご記入ください。

種目	記入欄
ポリオ	
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	
4種混合 (DPT-IPV)	
D T	
B C G	
MR (麻しん・風しん)	
麻しん	
風しん	
日本脳炎	
HPV (子宮頸がん予防)	
ヒブワクチン	
小児用肺炎球菌ワクチン	
水痘	
B型肝炎ワクチン	
ロタリックス	
ロタテック	
高齢者肺炎球菌ワクチン	
高齢者インフルエンザワクチン	
新型コロナワクチン	
高齢者带状疱疹ワクチン	

年 月 日

大分市長

殿

所在地 _____

医療機関名称 _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____