様式第７号（第８条関係）

年　　月　　日

亘理町造血幹細胞移植後ワクチン再接種計画承認申請取下書

（あて先）亘理町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | （〒　　　　-　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 電話番号 |  | 被接種者との関係 |  |

年　　月　　日　　第　　号で通知のありました亘理町造血幹細胞移植後ワクチン再接種計画承認について，申請の取り下げをお願いします。

記

１　内容

２　取り下げ理由