

様式第2号

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成に関する理由書

年 月 日

井原市長 様

骨髄移植手術その他の理由により、下記のとおり接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないと判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

記

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所	井原市
接種を受けた定期予防接種 の予防効果が期待でき ないと判断する理由		
再接種する予防接種の種類		
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	☎ () -
	医 師 名 (署名又は記名押印)	