

益城町長 様

再接種に関する医師の意見書

下記の者は、骨髄移植等により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと認められるため、当該再接種が必要かつ可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分な説明を行い、本人又はその保護者も了承しています。

記

接種を受ける人の氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
接種を受ける人の住所	益城町		
申請者（保護者）氏名		電話番号	
申請者（保護者）住所			
医師記入欄			
【実施内容】 ・骨髄移植 ・さい帯血移植 ・末しょう血幹細胞移植 【実施日】			
再接種する予防接種の種類			
医師署名欄 (医療機関名・医師名)			