

特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

瀬戸内市長 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作用については十分に説明しています。

記

被接種者	ふりがな 氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所	瀬戸内市
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	
	住所	電話 () -
	医師名 (署名又は記名押印)	