

大 竹 市 長 様

定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る医師意見書

下記の被接種者について、骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失したため、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失したと判断する理由	(疾病の名称) (治療の経過) (骨髄移植等の医療行為を受けた日又は期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	
再接種を行う 予防接種の種類		
医療機関名 所在地 電話番号	記載年月日 年 月 日 医 師 名 (署名又は記名押印)	