

様式第2号（第4条関係）

神栖市骨髄移植等に係る予防接種再接種に関する主治医意見書

年 月 日

神栖市長 様

疾病に対する医療行為により、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ため、その再接種が必要と判断します。

記

接種対象者	住 所			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
既に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				
再接種が必要な定期予防接種の種類				
医療機関	所在地			
	医療機関名			
	医師名	（署名又は記名押印）		