

砥部町長 様

砥部町予防接種の再接種に関する対象者該当理由書

骨髄移植手術等の理由により、下記の者が既に接種済みの定期予防接種について、予防効果が期待できず再接種が必要と判断しますので、理由書を提出します。
 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	住 所	砥部町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
接種済みの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		
再度接種が必要な予防接種ワクチンの種類		
医 療 機 関	所在地	
	名 称	
	医師名 (署名又は記名押印)	