

(医療機関) 名 称

所在地

電話番号

醫師名

印

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種による疾病に対する免疫の効果が低下し、又は消失したため、予防接種の再接種が必要であると判断し、下記のとおり意見書を提出いたします。

なお、再接種の必要性および副反応については十分に説明し、本人（保護者）より同意を得ています。

フリガナ		
氏名		
生年月日	年	月 日 (歳 か月)
住所	〒	
接種を受けた 定期予防接種 の効果が期待 できないと判 断する理由		
再接種する予 防接種の種類		