

鹿部町免疫喪失者への再接種費用助成事業医師意見書

年 月 日

鹿部町長 様

次の者については、造血幹細胞移植等の医療行為により、既に接種を受けた定期予防接種（A類疾病）の効果が期待できないと判断し、再接種を必要とします。なお、再接種の必要性および副反応等について十分説明しています。

対象者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 生
	住所	
再接種を必要とする 定期予防接種（A類疾病）の 種類及び接種回数		
接種を受けた定期接種（A類疾病）の 効果が期待できないと判断する理由		（疾病名）
		（理由） 治療内容 治療年月日 年 月 日
医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
	医師名 （署名または記名押印）	印