

様式第2号

総社市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

年 月 日

総社市長 様

骨髄移植その他の理由により、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と判断します。

なお、再接種の必要性及び副作用については、十分に説明しています。

記

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所	総社市
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		
再接種する予防接種の種類		
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	☎ ( ) -
	医 師 名 (署名又は記名押印)	