

令和 年 月 日

(あて先)
羽島市長

羽島市小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する医師意見書

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないものについて、
予防接種の再接種が必要であると認められるため、下記のとおり意見書を提出します。な
お、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明をしています。

被接種者	(ふりがな) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 ヲ月)
	住所	
	電話番号	
再接種が必要と判断 する理由	(疾病名) (該当理由) (移植日) 年 月 日 (再接種が実施可能となった日) 年 月 日	
再接種する予防接種 の種類、回数		
医療機関所在地 医療機関名 医師名		
備 考		