

様式第2号（第5条関係）

予防接種再接種費助成に関する理由書

年 月 日

常陸大宮市長 様

下記の者は、骨髄移植等による免疫消失により、接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないため、再接種の必要があると判断します。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。

被接種者	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日（ 歳 か月）	性別
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					
接種医療機関	名 称				
	所在地				
	医 師 名 (署名又は記名押印)				