

様式第2号（第6条関係）

下田市特別の理由による任意予防接種に関する理由書

年 月 日

下田市長 様

骨髄移植手術その他の理由により、既に接種した定期予防接種の予防効果が期待できず、
 予防接種の再接種が必要と判断しますので、次のとおり理由書を提出します。
 なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明をしております。

接種 対象 者	住 所	下田市
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
	電話番号	
再接種が必要とな った疾病名等		疾病名 治療期間 再接種が可能となった日 該当理由
再接種する対象予防 接種の種類及び回数		
接種 医療 機関	名 称	
	所 在 地	
	医 師 名 (署名又は記名押印)	