

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川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

骨髄移植手術その他の理由により、次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ので、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、接種対象者又はその保護者に対し、十分に説明していることを申し添えます。

接種対象者	住 所	糸魚川市		
	フリガナ氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
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する理由				
再接種する予防接種の種類				
医療機関	所在地			
	名 称			
	医師名 (署名又は記名押印)			