

様式第2号

愛別町特別の理由による任意の予防接種に関する意見書

年 月 日

愛別町長 様

造血幹細胞移植等により、次のとおり既に接種を受けた定期接種の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反応等について十分に説明しています。

接種 対象 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	
予 防 接 種 の 計 画	(今後予定している予防接種の種類、回数など)	
接種を受けた定期接種の効果が期待できないと判断する理由	(疾病、治療方法、治療期間など)	
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	医 師 名	(署名又は記名押印)