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） |