

年 月 日

佐々町長 様

佐々町予防接種再接種費用助成に関する理由書

造血幹細胞移植の医療行為により、下記のとおり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。

記

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏名		性別	男・女
住所	〒 佐々町		
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			
医療機関	名称		
	所在地		
	医師名 (署名又は記名押印)		