

第2号様式（第5条関係）

年 月 日

氷川町長 様

予防接種再接種に関する医師意見書

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏名			
住所			
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			

造血幹細胞移植等の医療行為により、上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。

所在地

医療機関名

医師名

(署名又は記名押印)