

第2号様式（第6関係）

年 月 日

調布市長 宛

意見書

骨髄移植手術等の医療行為により接種済みの定期接種の予防効果が期待できないため、再接種が必要であることを証明します。

被接種者	ふりがな	生年 月日	年	月	日
	氏名		(歳 か月)		
	住所				
接種済みの定期接種の効果が期待できないと判断する理由	(疾病名)				
	(治療内容・経過)				
再接種が必要な 予防接種の種類及び回数	(治療期間)				
	(再接種が可能となった日)				

医療機関名 住所
名称
電話番号
医師署名又は記名押印