

様式第2号（第5条関係）

丹波市予防接種再接種費用助成に関する理由書

年 月 日

丹波市長 様

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

担当医師名 _____ (印)

※署名又は記名押印

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、十分説明しています。

記

接種対象者	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	住 所			
接種済みの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種類				