

年 月 日

おおい町長 様

おおい町特別の理由による接種済ワクチン再接種費用助成に関する理由書

骨髄移植手術等により、接種済定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、下記のとおり理由書を提出します。

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

接種 対象 者	住 所	
	氏 名	(フリガナ)
生 年 月 日	年 月 日	
接種済みの定期予防接種の予防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)	