

様式第2号（第5条関係）

鹿嶋市骨髄移植等に係る予防接種再接種に関する医師意見書

年 月 日

鹿嶋市長 様

疾病に対する医療行為により，下記のとおり接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないため，その再接種が必要と判断します。

接種対象者	住 所	鹿嶋市		
	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
既に接種を受けた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				
再接種が必要な定期予防接種の種類				
再接種を受ける医療機関	所 在 地			
	医療機関名			
	電 話 番 号			
	医 師 名	(署名又は記名押印)		