

（あて先）高山市長

医 師 意 見 書

次の者が造血幹細胞の移植（骨髄移植）により接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断し、再接種を必要とします。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

被 接 種 者	住 所	高山市
	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
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	電話番号：
	主治医氏名 (署名又は記名押印)	印