

意見書

以下のものは、疾病の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

フリガナ	
被接種者氏名	
生年 月 日	年 月 日生まれ
住 所	福生市
接種済みの定期予防接種の効果が喪失する原因となった疾病名もしくは治療内容	
再接種が必要な予防接種の種類及び回数	B型肝炎 (回) ヒブ (回) 小児用肺炎球菌 (回) 四種混合 (回) 三種混合 (回) ポリオ (回) BCG (回) 麻しん風しん (MR) (回) 水痘 (回) 日本脳炎 (回) 二種混合 (回) 子宮頸がん予防 (回) その他 () (回)

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印