別記様式第２号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　　年　　　　月　　　日

多治見市小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する理由書

　造血幹細胞移植により、接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できない者について、下記の理由により、予防接種の再接種が可能な状態と認めます。

記

（以下は医師が記入して下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | ふりがな氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　多治見市電話　　（　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |  |

以上