

年 月 日

音更町長 宛て

音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助に関する理由書

骨髄移植手術その他の理由により、接種済み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、ワクチン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	音更町
	フリガナ氏名	
	生年月日	年 月 日（満 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		
再接種するワクチンの種類		
医療機関	名 称	
	所 在 地	
	医 師 名 (署名又は記名押印)	