

ワクチン再接種に関する理由書

年 月 日

（宛先）沼津市長

骨髄移植手術その他の特別の理由により、接種済定期予防接種の予防効果が期待できないため、任意で予防接種の再接種を受けることについて下記のとおり理由書を提出します。

なお、接種対象者は、予防接種の再接種が可能な状態と認められるものであり、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。

接種 対象 者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住 所			
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 (署名又は記名押印)			