

様式第2号（第6条関係）

富田林市定期予防接種ワクチン再接種費用助成に  
関する医師の理由書

富田林市長 様

年 月 日

造血細胞移植等の前に接種した定期接種ワクチンの免疫が低下又は消失したため、ワクチンの再接種が必要であると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	フリガナ 氏名	-----			性別	
	生年月日	年 月 日				
	住所	富田林市				
疾病名						
移植日又は治療日（期間）		年 月 日 ~ 年 月 日				
再接種が必要なワクチン	接種予定日	予防接種の種類	期・回目	移植前に定期接種として接種した日	備考	
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
実施 移植 医又は 療は 機関 療	名称					
	所在地					
	医師の署名 又は記名押印					
この理由書に関する 問合せ先		電話番号：（ ） 担当者名：（ ）				