

年 月 日

輪之内町長 様

輪之内町小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する理由書

骨髄移植手術等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないものについて、予防接種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。

記

被 再 接 種 対 象 者	住 所			
	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
接種済の定期予防接種の 予防効果が期待できない と判断する理由				
再接種の種類と回数				
医 療 機 関	名 称			
	所 在 地			
	医 師 名 (署名又は記名押印)	㊟		