様式第２号（第５条関係）

行田市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する理由書

　　　年　　　月　　　日

医療機関

所在地

名　　称

電話番号

医師氏名

|  |
| --- |
| 【被接種者について】  氏名　　　　　　　　　　　　男・女（保護者氏名　　　　　　　　　）  住所　　行田市  　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳　　　　　月） |
| 【疾病について】  　　疾病名  治療期間　　　　　　年　　　　月　　　　日　～ |
| 【接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由】 |
| 【再接種が必要な予防接種名と回数】 |