

様式第2号（第6条関係）

遠軽町骨髄移植等後の任意予防接種費用助成対象認定に係る主治医意見書

年 月 日

遠軽町長 様

次の者は、骨髄移植等の造血幹細胞移植により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できないため、再接種が必要と判断します。

被 接 種 者	住 所	
	(フリガナ)	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
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	疾病名	
	治療時期・内容など	
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)	