

第2号様式（第5条第1項1号）

（宛先）東金市長

意見書

次の者は、疾病の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

接種 対 象 者	住 所	〒		
	フリガナ		性 別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
再度の予防接種が可能 となった日		年 月 日		
再接種が必要な予防接 種の種類と回数		☐ B型肝炎 (回) ☐ ヒブ (回) ☐ 小児用肺炎球菌 (回) ☐ 三種混合 (回) ☐ 四種混合 (回) ☐ 五種混合 (回) ☐ ポリオ (回) ☐ B C G (回) ☐ 麻しん風しん (回) ☐ 水痘 (回) ☐ 日本脳炎 (回) ☐ 二種混合第2期 (回) ☐ 子宮頸がん予防 (回)		

年 月 日

医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
医 師 名