

意 見 書

草加市長 宛て

次の者は、疾病の治療により、既に受けた予防接種の予防効果が期待できないため、予防接種を再度受ける必要があることを認めます。

被接種者氏名	ふりがな
生 年 月 日	年 月 日
住 所	草加市
既に受けた予防接種の予防効果が期待できない原因となった 疾病名と治療内容	疾病名
	治療内容
上 記 疾 病 の 治 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
再度受ける必要がある 予防接種の種類と回数	<input type="checkbox"/> ロタウイルス（ロタリックス）（ 回） <input type="checkbox"/> ロタウイルス（ロタテック）（ 回） <input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回） <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型（Hib）（ 回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ 回） <input type="checkbox"/> 四種混合（ 回） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん）（ 回） <input type="checkbox"/> 水痘（ 回） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ 回） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ 回） <input type="checkbox"/>

年 月 日

医 療 機 関 名
所 在 地
電 話 番 号
医 師 名