

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

蕨市長 あて

医療機関 所在地
 名称
 電話番号
 医師名

蕨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金に係る意見書

次の者は、造血細胞移植により定期の予防接種で得た免疫が低下し、又は消失したため、再接種する必要があり、この度、当該再接種が可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人又は保護者も了承しています。

被 接 種 者	住 所	
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）
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)	
	(治療内容)	造血細胞移植（実施日： 年 月 日） 治療期間 年 月 日～ 年 月 日
再接種を必要とする 予防接種及び回数		