

第2号様式（第5条関係）

武蔵野市長 宛て

意見書

下記の者は、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。

記

フリガナ	
被接種者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日生（ 歳 か月）
住所	武蔵野市
接種済みの定期予防接種の効果が期待できない原因となった疾病名及び治療内容	疾病名
	治療内容
上記疾病の治療期間	年 月 日～ 年 月 日
再接種が必要な予防接種の種類及び回数	<input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回） <input type="checkbox"/> ヒブ（ 回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ 回） <input type="checkbox"/> 三種混合（ 回） <input type="checkbox"/> 四種混合（ 回） <input type="checkbox"/> ポリオ（ 回） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん（MR）（ 回） <input type="checkbox"/> 水痘（ 回） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ 回） <input type="checkbox"/> 二種混合（ 回） <input type="checkbox"/> 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

印