

年 月 日

（宛先） 土浦市長

土浦市骨髄移植等の医療行為後の予防接種再接種費用助成承認申請に係る主治医意見書

骨髄移植等の医療行為により、下記のとおり、定期予防接種の効果が低下し、又は消失したものと判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応について、助成対象者又はその保護者に十分に説明しています。

また、主治医と接種医が異なる場合は、この意見書の記載内容について接種医に情報提供することに同意します。

記

助成対象者	住所	土浦市
	氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
定期予防接種の効果が低下し、又は消失したものと判断する理由		
再接種を受ける予防接種の種類等		
医療機関	名称	
	所在地	
	医師名	(署名又は記名押印)