

様式第2号（第5条関係）

（宛先）小金井市長

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

ふりがな	
被接種者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日生（ 歳 か月）
住所	小金井市
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 日から 年 月 日まで
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"/> 麻しん・風しん（ 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

㊞