

第3号様式（第6条第1項第6号）

年 月 日

大網白里市長 様

意見書

次の者は、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。

被 接 種 者	住 所	〒		
	フリガナ			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日	(満 歳	か月)
再度の予防接種が可能となった日		年 月 日		
再接種が必要な予防接種の種類と回数		<input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 回) <input type="checkbox"/> ヒブ ( 回)	<input type="checkbox"/> 三種混合 ( 回)	
		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ( 回)	<input type="checkbox"/> ポリオ ( 回)	
		<input type="checkbox"/> 四種混合 ( 回)	<input type="checkbox"/> BCG	
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん ( 回)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( 回)	
		<input type="checkbox"/> 水痘 ( 回)	<input type="checkbox"/> 二種混合第2期	
		<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