

特別の理由による任意予防接種費助成金主治医意見書

飛 島 村 長

*太枠内をご記入ください。

年 月 日

申請者	氏名			
	現住所	〒 飛島村 電話（ ） -		
被接種者 (予防接種を受ける人)	氏名		生年 月日	年 月 日
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒		
理由書 (医師記入欄)	疾患名： 発病時期： 治療期間： 年 月 日～ 年 月 日 接種が可能となった日： 年 月 日 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由 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 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 20px; margin: 10px 0;"> </div>			
	年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印			