

骨髄移植等の医療行為により免疫を消失したことを証する書類

年 月 日

申請者（保護者）氏名 \_\_\_\_\_

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 相模原市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

予防接種による免疫を消失したと判断する理由等

(主治医等記入欄) 疾病の名称、その他必要な情報を記入してください

○疾病名

○治療等の経過

○再接種を行う任意予防接種の種類

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_