

(様式第1号)

年 月 日

袋井市長

袋井市定期外予防接種に関する理由書

次の者について、医学上の理由により、袋井市定期外予防接種として、実施が必要となると判断しますので、該当理由書を提出します。

被接種者	住 所	電話
	フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日
医学上の理由		
実施が必要となる 定期外予防接種名 及び接種計画 (接種回数等)		
医療機関住所 医療機関名 医 師 名		印

この理由書は、袋井市定期外予防接種の対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。予防接種について必要な情報(疾病の状況等)があるときは、市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。併せて、上記の理由により、接種を希望します。

保護者自署