

年 月 日

意 見 書

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

被接種者氏名	
生年月日	年 月 日生 (歳)
<p>【現病歴（疾病名）】 ※被接種者がやむを得ず定期の予防接種を受けることができなかったと判断されていた理由、 また、その事情がなくなった日等の記載もすること</p> <p>(予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日</p> <p>【実施する予定の予防接種の種類及び回数】</p> <p>【今後の予防接種の計画、その他連絡事項等】</p>	