

# 意見書

作成日 年 月 日

(ふりがな) 接種者氏名	
生年月日	年 月 日
かかっていた疾病の 名称等 特別の事情の 内容	【疾病名】  【接種できなかった理由を具体的に】
接種可能になった日	年 月 日
予防接種の 必要性について	
医療機関名及び医師名 (署名・押印)	