

(長期療養特例用)

意見書

(ふりがな) 接種者氏名	
生年月日	年 月 日
定期接種期間中に 接種できなかった理由	【疾病名】 【疾病の経過、治療の経過等接種できなかった理由】
接種が可能になった日	年 月 日
接種が必要な 予防接種の種類、回数	
医療機関所在地 医療機関名 医師名 (医師の署名又は記名押印)	(作成日) 年 月 日