様式第２号（第５条関係）

特別の理由による任意予防接種に関する理由書

<table>
<tr><td rowspan="4">対象者</td><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">既に受けている定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">再度受ける必要のある予防接種の種類</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり既に受けている定期予防接種の予防効果が期待できないこと及び対象者が予防接種を受けることのできる状態であることを証明します。
年　　月　　日
医療機関　所在地
名　　称
医師名　　㊞
（署名又は記名押印）
電話番号（　　）　　－</td></tr>
</table>