（様式２）

医　師　意　見　書

診 察 日 ：　　年　　月　　日

接 種 者 名

※必要な予防接種名の記載も併せてお願いします。
※記載にあたり費用が発生する場合は、ご本人から徴収してください。

医療機関名

医　師　名　　印

問合せ先：あわら市子育て世代包括支援センター
℡７３－８０１０（直通）