

高齢者带状疱疹予防接種意見書

出雲市長様

住所

氏名

生年月日 昭和 年 月 日生

上記の者は、予防接種法関連法令で定める带状疱疹予防接種対象者の「60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいをする者」に該当すると認めます。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名