

二次医療機関紹介状

紹介先医療機関名

_____ 殿

医療機関名

_____ 印

_____ 予防接種について、当院において下記の所見により接種判断を致しかねます
ので、貴院で御高診の上、接種をして頂きますようお願い致します。

被接種者	住 所 檀原市 町
	氏 名
	生年月日 年 月 日
保護者名	
所 見	