

広域的予防接種申請書

年 月 日

|     |                   |
|-----|-------------------|
| 申請者 | 〒<br>住所 小野市       |
|     | 氏名 性別（男・女）        |
|     | 生年月日 年 月 日（ 歳 か月） |
|     | 接種を受ける人との続柄（ ）    |
|     | TEL(連絡の取れる番号)     |

小野市で実施する予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

記

|                             |                                       |                                                |                                             |              |
|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|
| 接種を受ける人                     |                                       | □申請者と同じ（氏名・住所・電話番号）                            |                                             |              |
|                             | ふりがな                                  |                                                | 性 別                                         | 生 年 月 日      |
|                             | 氏 名                                   |                                                | 男・女                                         | 年 月 日（ 歳 か月） |
|                             | 住 所<br>電 話 番 号                        | □申請者と同じ<br>□申請者以外の場合<br>〒<br>TEL — —           |                                             |              |
|                             | 保護者氏名                                 | □申請者と同じ □申請者以外（氏名）                             |                                             |              |
| 予 防 接 種 名                   | ※接種を希望する予防接種にチェックを付けて、接種回数に○をしてください。  |                                                |                                             |              |
|                             | 予防接種の種類 接種回数                          |                                                | 予防接種の種類 接種回数                                |              |
|                             | □ロタウイルス ( 1・2・3 )回目<br>(ロタリックス・ロタテック) |                                                | □日本脳炎 第1期初回( 1・2 )回目<br>第1期追加・第2期           |              |
|                             | □ヒブ 初回( 1・2・3 )回目・追加                  |                                                | □二種混合                                       |              |
|                             | □小児用肺炎球菌 初回( 1・2・3 )回目・追加             |                                                | □子宮頸がん ( 1・2・3 )回目<br>(サーバリックス・ガーダシル・シルガード) |              |
|                             | □B型肝炎 ( 1・2・3 )回目                     |                                                | □ポリオ 初回( 1・2・3 )回目・追加                       |              |
|                             | □四種混合 初回( 1・2・3 )回目・追加                |                                                | □高齢者インフルエンザ                                 |              |
|                             | □五種混合 初回( 1・2・3 )回目・追加                |                                                | □高齢者肺炎球菌                                    |              |
|                             | □BCG                                  |                                                | □新型コロナウイルス                                  |              |
|                             | □麻疹風しん ( 1・2 )期                       |                                                | □帯状疱疹 生 ・ 不活化 (1回目・2回目)                     |              |
| □水痘 初回・追加                   |                                       |                                                |                                             |              |
| 滞 在 先<br>電 話 番 号            |                                       | 〒 ※必要な場合のみ記入<br>( 様方)<br>TEL — — 滞在予定期間(約 か月間) |                                             |              |
| 接種を受ける市区町村<br>及 び 医 療 機 関 名 |                                       | 都 道 府 県                                        | 市 区 町 村                                     | 医 療 機 関      |
|                             |                                       |                                                |                                             |              |
| 申 請 理 由                     |                                       |                                                |                                             |              |
| 依 頼 書 の 交 付                 |                                       | □申請者住所 □滞在先住所 □市健康増進課窓口( / ) □その他 ( )          |                                             |              |

※申請後、依頼書の発行及び発送には、約2週間かかります。