

# 広域的予防接種申請書

年 月 日

申請者	〒 住所 小野市
	氏名
	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	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 ( 歳 か月)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合		
	電話番号	〒 TEL — —		
保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 (氏名)			
予防接種名	<b>※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。</b>			
	予防接種の種類	接種回数	予防接種の種類	接種回数
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス予防接種 (※) ・ロタテック (1・2・3)回目 ・ロタリックス (1・2)回目		<input type="checkbox"/> 日本脳炎予防接種	第1期初回(1・2)回目
	<input type="checkbox"/> ヒブ予防接種	初回(1・2・3)回目・追加		第1期追加・第2期
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌予防接種	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 二種混合予防接種	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎予防接種	(1・2・3)回目	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防接種	(1・2・3)回目
	<input type="checkbox"/> 四種混合予防接種	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> BCG予防接種		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん予防接種	(1・2)期	<input type="checkbox"/> ポリオ予防接種	初回(1・2・3)回目・追加	
<input type="checkbox"/> 水痘予防接種	初回・追加			
滞 在 先 電 話 番 号	〒 <※必要な場合のみ記入> ( 様方) TEL — — 滞在予定期間(約 か月間)			
接種を受ける市区町村 及び医療機関名	都道府県	市区町	医療機関	
申請理由				
依頼書の交付(※)	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 市健康増進課窓口( / ) <input type="checkbox"/> その他( )			

※ロタウイルスワクチンの種類を事前に医療機関に確認してください。

※申請後、依頼書の発行及び発送には、約1週間かかります。

	医療機関の確認	住民票の確認	接種履歴の確認	接種方法の説明
市担当者記入欄				
備考欄：				
郵送日： 月 日				

<受付印>