

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 電 話 番 号	☐ 申請者と同じ		
		☐ 申請者以外の場合 〒 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 (ロタリックス・ロタテック)	☐ 日本脳炎	第 1 期初回 (1・2)回目 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 (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	
	☐ B C G		☐ 新型コロナウイルス	
	☐ 麻しん風しん	(1 ・ 2)期	☐ その他	()
☐ 水痘	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 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。