

広域的予防接種申請書

年 月 日

申請者	〒 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 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	
	□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 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。