

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	(1・2・3)回目 (ロタリックス・ロタテック)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回(1・2)回目 第1期追加・第2期
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 二種混合	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	(1・2・3)回目	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> 四種混合	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
	<input type="checkbox"/> 五種混合	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	
	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 麻疹風しん	(1・2)期		
<input type="checkbox"/> 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。