

小野市予防接種実施依頼書交付申請書

申請日 年 月 日

小 野 市 長 様

|     |                 |
|-----|-----------------|
| 申請者 | 住所 〒            |
|     | 氏名 印            |
|     | 接種を受ける人との続柄 ( ) |
|     | TEL(連絡の取れる番号)   |

予防接種を小野市の委託医療機関以外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

|                              |                                                                                                |                                                                                            |                                     |                                    |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 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<br>連 絡 先                                                                                   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 〒 小野市 町 番地<br>TEL — — |                                     |                                    |
|                              | 保護者氏名                                                                                          | ※接種を受ける人が未成年の場合に記入してください。                                                                  |                                     |                                    |
| 予 防 接 種 の 種 類                | ※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"/> ヒブ                                                                    | 初回(1・2・3)回目・追加                                                                             | <input type="checkbox"/> 日本脳炎       | 第1期初回(1・2)回目                       |
|                              | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌                                                               | 初回(1・2・3)回目・追加                                                                             |                                     | 第1期追加・第2期                          |
|                              | <input type="checkbox"/> B型肝炎                                                                  | (1・2・3)回目                                                                                  | <input type="checkbox"/> 二種混合       |                                    |
|                              | <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"/> 高齢者インフルエンザ |                                    |
|                              | <input type="checkbox"/> BCG                                                                   |                                                                                            | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス  |                                    |
|                              | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん                                                                | (1・2・5)期・抗体検査                                                                              | <input type="checkbox"/> 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) |
|                              | <input type="checkbox"/> 水痘                                                                    | 初回・追加                                                                                      | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス  |                                    |
| <input type="checkbox"/> その他 |                                                                                                | <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌                                                           |                                     |                                    |
| 滞 在 先 住 所<br>及 び 連 絡 先       | 〒 都・道 市・区<br>府・県 町・村<br>( 様方)<br>TEL — — 滞在予定期間(約 か月間)                                         |                                                                                            |                                     |                                    |
| 接 種 を 受 け る<br>医 療 機 関       | 〒 都・道 市・区<br>府・県 町・村<br>(医療機関名)<br>TEL — —                                                     |                                                                                            |                                     |                                    |
| 申 請 理 由                      | 1. 保護者の里帰り出産のため<br>2. 長期の入院や施設入所等のため<br>3. その他 ( )                                             |                                                                                            |                                     |                                    |
| 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"/> その他 ( ) |                                                                                            |                                     |                                    |