

(様式第1号)

広域的予防接種申請書

年 月 日

申請者	〒 住所
	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	※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"/> ヒブ予防接種	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 日本脳炎予防接種	第1期初回(1・2)回目
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌予防接種	初回(1・2・3)回目・追加		第1期追加・第2期
	<input type="checkbox"/> B型肝炎予防接種	(1・2・3)回目	<input type="checkbox"/> 二種混合予防接種	
	<input type="checkbox"/> 四種混合予防接種	初回(1・2・3)回目・追加	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防接種	(1・2・3)回目
	<input type="checkbox"/> BCG予防接種		<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん予防接種	(1・2)期	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
<input type="checkbox"/> 水痘予防接種	初回・追加	<input type="checkbox"/> ポリオ予防接種	初回(1・2・3)回目・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"/> 市担当課窓口 <input type="checkbox"/> その他() (/)			

※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>