

予防接種実施申請書

逗子市長

住所 (逗子の住所)
 氏名 (申請者氏名)
 対象者との関係 (父・母 等)
 電話番号 (連絡がつく携帯 等)

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

対 象 者	ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日
保 護 者 氏 名	
住 所	(逗子の住所)
滞在先等の住所	(帰省先の住所・〇〇方 等) ※郵便が届く宛名を記入
実施医療機関名 及 び 所 在 地	(予防接種を受ける医療機関を決めて記入)
申 請 理 由	(里帰り出産のため 等)
依 頼 期 間 (接種予定日)	年 月 日から 年 月 日まで(※有効期限は3か月)
予 防 接 種 の 種 類	(1) BCG (2) 四種混合 1期初回 (1回目) 2回目・3回目・1期追加 (3) 三種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 (4) 不活化ポリオ 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 (5) 二種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・2期 (6) 麻しん・風しん混合 1期 2期 (7) 麻しん 1期 2期 (8) 風しん 1期 2期 (9) 日本脳炎 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期 (10) ヒブ 初回 (1回目・2回目)・3回目・追加 (11) 小児用肺炎球菌 初回 (1回目・2回目)・3回目・追加 (12) 子宮頸がん予防 1回目・2回目・3 回目 (13) 水痘 1回目・2回目 (14) B型肝炎 (1回目)・(2回目)・3回目 (15) ロタウイルス (1回目)・(2回目)・3回目

(接種の可能性のあるものに○をする ※予定していたが接種しないものがでてきて可)