

予防接種実施申請書

逗子市長

住所

氏名

対象者との関係

電話番号

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 性別 男・女
保 護 者 氏 名	
住 所	
滞在先等の住所	
実施医療機関名 及 び 所 在 地	
申 請 理 由	
依 頼 期 間 (接種予定日)	年 月 日から 年 月 日まで
予 防 接 種 の 種 類	(1) BCG (2) 五種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 (3) 四種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 (4) 三種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 (5) 不活化ポリオ 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 (6) 二種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・2 期 (7) 麻しん・風しん混合 1 期 2 期 (8) 麻しん 1 期 2 期 (9) 風しん 1 期 2 期 (10) 日本脳炎 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期 (11) ヒブ 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 (12) 小児用肺炎球菌 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加 (13) 子宮頸がん予防 1 回目・2 回目・3 回目 (14) 水痘 1 回目・2 回目 (15) B型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 (16) ロタウイルス 1 回目・2 回目・3 回目