

定期予防接種依頼交付申請書

| | | | | |
|--|--|----------------|----|-------|
| 被接種者 | 住 所 | 小美玉市 | | |
| | 氏 名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 年 月 日生 (歳 か月) | | |
| 保護者氏名 ※被接種者が未成年の場合、記入 | | | | |
| 理 由 | | | | |
| 滞在先住所・電話番号 | | 電話番号 | | |
| 予防接種の種類 (定期) ※該当する箇所を○で囲んでください。 | 四種混合 1 期初回(1 回目・2 回目・3 回目) 1 期追加 二種混合 (2 期) 日本脳炎 1 期初回(1 回目・2 回目) 1 期追加 2 期 BCG ヒブ 1 期初回(1 回目・2 回目・3 回目) 追加 小児用肺炎球菌 1 期初回(1 回目・2 回目・3 回目) 追加 水痘 (1 回目・2 回目) 麻しん風しん混合 1 期 2 期 不活化ポリオ (1 回目・2 回目・3 回目・4 回目) B 型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目) インフルエンザ 成人用肺炎球菌 その他 | | | |
| 接種医療機関 | 住 所 | | | |
| | 医療機関名 | | | |
| | 電 話 番 号 | | | |
| 上記の予防接種を受けたいので、定期予防接種依頼書の交付を申請します。 年 月 日 小美玉市長 殿 住 所 小美玉市 申請者 氏 名 _____ (印) TEL _____ | | | | |