

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、月齢まで記入してください。																																		
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。		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>五種混合</td><td>1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加</td></tr> <tr><td>四種混合</td><td>1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加</td></tr> <tr><td>二種混合</td><td></td></tr> <tr><td>日本脳炎</td><td>1 回目・2 回目・1 期追加・2 期</td></tr> <tr><td>B C G</td><td></td></tr> <tr><td>ヒブ</td><td>1 回目・2 回目・3 回目・追加</td></tr> <tr><td>小児用肺炎球菌</td><td>1 回目・2 回目・3 回目・追加</td></tr> <tr><td>水痘</td><td>1 回目・2 回目</td></tr> <tr><td>麻しん風しん混合</td><td>1 期 ・ 2 期</td></tr> <tr><td>不活化ポリオ</td><td>1 回目・2 回目・3 回目・4 回目</td></tr> <tr><td>B 型肝炎</td><td>1 回目・2 回目・3 回目</td></tr> <tr><td>ロタウイルス</td><td>1 回目・2 回目・3 回目</td></tr> <tr><td>子宮頸がん</td><td>1 回目・2 回目・3 回目</td></tr> <tr><td>インフルエンザ</td><td></td></tr> <tr><td>成人用肺炎球菌</td><td></td></tr> <tr><td>その他</td><td></td></tr> </table>			五種混合	1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加	四種混合	1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加	二種混合		日本脳炎	1 回目・2 回目・1 期追加・2 期	B C G		ヒブ	1 回目・2 回目・3 回目・追加	小児用肺炎球菌	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	ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目	子宮頸がん	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	
五種混合	1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加																																			
四種混合	1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加																																			
二種混合																																				
日本脳炎	1 回目・2 回目・1 期追加・2 期																																			
B C G																																				
ヒブ	1 回目・2 回目・3 回目・追加																																			
小児用肺炎球菌	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																																			
ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目																																			
子宮頸がん	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 TEL																																				