

県内他市町での予防接種申請書

磐田市長 渡部 修 様

被接種者	住所	磐田市	電話	
	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
フリガナ 保護者			続柄	

上記の者は、「定期予防接種の市町間相互乗入れ業務委託契約」に基づき、以下のように予防接種を申請します。

磐田市で予防接種できない理由 <該当するものに○>

- 1 帰省しているため
- 2 かかりつけ医で受けたいため
- 3 その他 ()

平成31年3月31日までに、接種を希望する予防接種に○をお願いします。

ヒブ	初回1回	初回2回	初回3回	追加	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
小児用肺炎球菌	初回1回	初回2回	初回3回	追加	水痘	1回目	2回目		
四種混合	初回1回	初回2回	初回3回	追加	M R	1期	2期		
三種混合	初回1回	初回2回	初回3回	追加	日本脳炎	初回1回	初回2回	追加	2期
不活化ポリオ	初回1回	初回2回	初回3回	追加	二種混合	2期			
BCG	乳児期				子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	※女子のみ

接種を希望する医療機関

所在地

医療機関名

電話番号

平成 年 月 日

保護者でない方が申請の場合は下記へご記入ください

申請者 住所

フリガナ

氏名

続柄

- 依頼書2部
- 請求書
- 医療機関宛文書
- 保護者宛文書
- 来庁者確認
- 母子健康手帳
- その他()

受付		
----	--	--