

県内他市町での予防接種申請書

磐田市長 様

被接種者	住所		電話	
	フリガナ		生年月日	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 ()

今年度中に、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	追加	
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
ロタ	1回目				2回目	3回目	※ロタリックス(1価)は2回接種、ロタテック(5価)は3回接種		

接種を希望する医療機関

所在地

医療機関名

電話番号

令和 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		
----	--	--