

予防接種事前申請書

令和 年 月 日

(あて先) 登米市長

〒
(申請者) 住所 登米市
電話連絡先 ()

氏名

予防接種について、下記により接種したく申請いたします。

記

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	平成 令和 年 月 日			
			性 別	男 ・ 女			
	住 所	(※申請者と異なる場合は記入)					
予防接種名	予定している予防接種に○をつけてください。 <定期予防接種>※県内の協力医療機関で接種する場合は記入不要です。 ☐ ヒブ【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】 ☐ 小児肺炎球菌【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】 ☐ 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】 ☐ 4種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ）【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】 ☐ 5種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ、ヒブ） 【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】 ☐ B C G ☐ 麻しん風しん混合【1期・2期】 ☐ 2種混合（ジフテリア、破傷風） ☐ 水痘（みずぼうそう）【1回目・2回目】 ☐ 日本脳炎【 1期1回目・2回目・追加・2期 】 ☐ 子宮頸がん【 1回目・2回目・3回目 】 <任意予防接種> ☐ おたふくかぜ						
理由							
居住地住所	〒 (里帰り先などがあれば記入)						
接種予定 医療機関名							