予防接種申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）登米市長

〒

（申請者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td rowspan="2">ふりがな
氏　名</td><td rowspan="2"></td><td>生年月日</td><td>平成
令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>性　別</td><td>男　　女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">（※申請者と異なる場合は記入）</td></tr>
<tr><td>予防接種名</td><td colspan="4">予定している予防接種に〇をつけてください。
＜定期予防接種＞
・ ヒブ　　・ 小児肺炎球菌　　・ B型肝炎
・ ４種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ）
・ BCG　　・ 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）
・ 日本脳炎【１期・２期】　　・ 子宮頸がん

＜任意予防接種＞
・ ロタウイルス　　・ おたふくかぜ</td></tr>
<tr><td>理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>居住地住所</td><td colspan="4">（里帰り先などがあれば記入）</td></tr>
<tr><td>接種予定
医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>