

定期予防接種(市外接種)申請書

令和 年 月 日

天理市長様

市外で下記の防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

ふりがな				男 ・ 女				
被接種者氏名								
生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日生	歳	ヵ月		
保護者氏名								
住所	天理市							
電話番号	-							
市外接種理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医のため							
	<input type="checkbox"/> その他()							
予防接種種類 (該当箇所に □、及び○)	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 水痘 (1回目・追加)						
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオワクチン (1回目・2回目・3回目・追加)							
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)							
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)							
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期(初回1回目・2回目・追加)、 2期							
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR): 1期 2期		<input type="checkbox"/> 二種混合(DT): 1期 2期					
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 生後2ヵ月～7ヶ月未満 (初回1回目・2回目・3回目・追加)		<input type="checkbox"/> 生後7ヵ月～12ヶ月未満 (初回1回目・2回目・追加)		<input type="checkbox"/> 生後12ヵ月～5歳未満 (1回のみ)			
	前回の終了日は? (1回目・2回目・3回目) 平成 年 月 日		(1回目・2回目) 平成 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 ワクチン <input type="checkbox"/> 生後2ヵ月～7ヶ月未満 (初回1回目・2回目・3回目・追加)		<input type="checkbox"/> 生後7ヵ月～12ヶ月未満 (初回1回目・2回目・追加)		<input type="checkbox"/> 生後12ヵ月～2歳未満 (初回1回目・2回目)		<input type="checkbox"/> 生後2歳～5歳未満 (1回のみ)	
	前回の終了日は? (1回目・2回目・3回目) 平成 年 月 日		(1回目・2回目) 平成 年 月 日					
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン (1回目・2回目・3回目) 前回終了日は?(1回目・2回目 平成 年 月 日)								
実施医療機関名	市・町・村		医療機関名()					