定期予防接種(市外接種)申請書

令和　　年　　月　　日

天理市長様

市外で下記の予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	ー	
市外接種理由	□かかりつけ医療機関が市外にあるため	
	□その他（　　）	
予防接種種類（該当箇所に☑又は〇をつけてください） ※ロタワクチンは2種類あり、接種回数が異なります。途中で種類を変更できません。 ※1年以内に接種可能な予防接種のみ〇を付けてください。	□BCG	□水痘　(1回目　・　追加)
	□不活化ポリオワクチン　(1回目・2回目・3回目・追加)	
	□三種混合　　(1回目・2回目・3回目・追加)	
	□B型肝炎　　(1回目・2回目・3回目)	
	□五種混合　　(1回目・2回目・3回目・追加)	
	□日本脳炎　　1期(初回1回目・2回目・追加)　、　2期	
	□麻しん風しん混合(MR)：　1期　/　2期　/　1期(特別な事情)　/　2期(特別な事情)	
	□二種混合(DT)：　1期　　2期	
	□ヒブワクチン　(1回目・2回目・3回目・追加)	
	□肺炎球菌ワクチン　(1回目・2回目・3回目・追加)	
	ロタウイルスワクチン　□　1価(ロタリックス)(1回目・2回目)　□　5価(ロタテック)(1回目・2回目・3回目)	
	□子宮頸がん予防ワクチン　(1回目・2回目・3回目)	
	□風しん第5期　(麻しん風しん混合ワクチン　・　風しん単独ワクチン)	
実施医療機関名	市・町・村　　医療機関名(　　)	