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	ー	
市外接種理由	□かかりつけ医のため	
	□その他（　　）	
予防接種種類（該当箇所に□、及び〇）	□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）	
	□B型肝炎 （1回目・2回目・3回目）	
	□四種混合 （1回目・2回目・3回目・追加）	
	□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	□二種混合（DT）： 1期 2期
	□ヒブワクチン □生後2ヵ月～7ヶ月未満（初回1回目・2回目・3回目・追加） □生後7ヵ月～12ヶ月未満（初回1回目・2回目・追加） □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） 年 月 日 （1回目・2回目） 年 月 日	
	□肺炎球菌ワクチン □生後2ヵ月～7ヶ月未満（初回1回目・2回目・3回目・追加） □生後7ヵ月～12ヶ月未満（初回1回目・2回目・追加） □生後12ヵ月～2歳未満（初回1回目・2回目） □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） 年 月 日 （1回目・2回目） 年 月 日	
	□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） 前回終了日は？（1回目・2回目 年 月 日）	
実施医療機関名	市・町・村 医療機関名（　　）	