

(別紙様式2)

予防接種実施申請書

年　月　日

平川市長様

住所  
申請者  
氏名  
(被接種者との続柄)  
電話番号

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

被接種者	フリガナ 氏名 生年月日 年　月　日
住所	平川市
滞在先等の住所	
実施医療機関名及び所在地	
申請理由	
依頼期間 (接種予定日)	年　月　日から 年　月　日まで
予防接種の種類	(1)四種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加 (2)二種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・2期 (3)M R 混合 1期・2期 (4)日本脳炎 1期初回(1回目・2回目・)・1期追加・2期 (5)B C G (6)ポリオ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 (7)H P V 1回目・2回目・3回目 (8)ヒブ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 (9)小児用肺炎球菌 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 (10)水痘 初回・追加 (11)B型肝炎 1回目・2回目・3回目 (12)ロタウイルス 1回目・2回目・3回目(1価2回、5価3回) (13)五種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加 (14)三種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加