

(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