

(様式1)

年 月 日

加古川市長 様

(申請者)

住 所
氏 名
電 話
電子メール

小児予防接種推進医療機関における予防接種についての申請書

下記の者について、小児予防接種推進医療機関における予防接種を希望しますので申請します。

記

被接種者	住所			
	氏名	(男・女)		
	生年年月	年 月 日生	(満 歳 カ月)	
保護者	住所	TEL ()		
	氏名		続柄	
予防接種の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・二種混合 [ジフテリア・破傷風] ・三種混合 [ジフテリア・百日せき・破傷風] 第1期初回1回目、2回目、3回目・第1期追加 ・不活化ポリオ 第1期初回1回目、2回目、3回目・第1期追加 ・麻しん 第1期・第2期 ・風しん 第1期・第2期 ・麻しん風しん混合 第1期・第2期 ・日本脳炎 第1期初回1回目、2回目・第1期追加・第2期 ・結核 ・Hib感染症 第1期初回1回目、2回目、3回目、第1期追加 ・小児の肺炎球菌感染症 第1期初回1回目、2回目、3回目、第1期追加 ・水痘 初回、追加 ・B型肝炎 1回目、2回目、3回目 ・ロタウイルス感染症 1回目、2回目、(ロタテックのみ3回目) ・HPV感染症 1回目、2回目、3回目 ・五種混合 [ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・Hib感染症] 第1期初回1回目、2回目、3回目・第1期追加 			
備考				

* 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。