（様式１）

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　市（町）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 | | ・四種混合［ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎］  第１期初回・第１期追加  ・二種混合［ジフテリア・破傷風］  第１期初回・第１期追加・第２期  ・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・第１期追加・第２期  ・結核  ・Hib感染症 第１期初回、第１期追加  ・小児の肺炎球菌感染症　　 　　第１期初回、第１期追加  ・水痘　　 　　　　　　　　　　第１期初回、第１期追加  ・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、３回目  ・ＨＰＶ感染症　　　　　　　　１回目、２回目、３回目 | | |
| 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。 |