

(別紙様式2)

定期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)五種混合 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)MR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)BCG (6)ポリオ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 (7)HPV 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)三種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加 (14)RSウイルス