

予 防 接 種 実 施 申 請 書

令和 年 月 日

桑 名 市 長 様

申請者 住所

氏名 ㊟

下記のとおり桑名市の指定医療機関以外で予防接種を受けたいので申請します。

記

| 予防接種の種類 | 接種回数 | | | |
|-------------------|------|-----|-----|-----|
| | 1回目 | 2回目 | 3回目 | |
| B型肝炎ワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | |
| ヒブワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| 小児用肺炎球菌ワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| 4種混合ワクチン(DPT-IPV) | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| 不活化ポリオ | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 |
| BCG | 1回目 | | | |
| 水痘 | 1回目 | 2回目 | | |
| MRワクチン | 1期 | 2期 | | |
| 日本脳炎 | 1回目 | 2回目 | 追加 | 2期 |
| DTワクチン | 1回目 | 2回目 | 追加 | 2期 |
| 子宮頸がんワクチン | 1回目 | 2回目 | 3回目 | |

| | | | |
|--------------|------|------------|------------|
| 被接種者住所 | 桑名市 | | |
| | 電話番号 | | |
| 寄留先住所 | | | |
| | 電話番号 | | |
| 被接種者氏名 | | | 生年月日 |
| 保護者氏名 | | | 年 月 日生 |
| 接種希望 医療機関 | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |
| | 名称 | 接 種 医師名 | |
| 申請理由 | | | |

* 子育て支援課 記入欄

| | | |
|-----|--------------------------------|------------------------------|
| 県 外 | <input type="checkbox"/> 依頼書発行 | <input type="checkbox"/> その他 |
|-----|--------------------------------|------------------------------|