

# 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
-----	--------------------------------	------------------------------