定期予防接種実施依頼申請書

様式第２号

　　年　　月　　日

金ケ崎町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　金ケ崎町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

予防接種法第５条第１項、同法施行令第１条の３に基づく定期予防接種を当町以外で受けたいので申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類  （希望の予防接種に☑し、 回数を○で囲んでくだ  さい。） | □ 四種混合1期　初回（1回目・2回目・3回目）　追加  □ 三種混合1期　初回（1回目・2回目・3回目）　追加  □ 二種混合  □ 不活化ポリオ1期　初回（1回目・2回目・3回目）　追加  □ 麻しん風しん混合（1期・2期 ）  □　麻しん（1期・2期）  □　風しん（1期・2期）  □ 日本脳炎1期　初回（1回目・2回目）　追加　　2期  □ Ｈｉｂ感染症　初回（1回目・2回目・3回目）追加  □ 小児の肺炎球菌感染症　初回（1回目・2回目・3回目）　追加  □ ヒトパピローマウイルス感染症（1回目・2回目・3回目）  □ 結核（ＢＣＧ）  □ 水痘（1回目・2回目）  □ Ｂ型肝炎　初回（1回目・2回目）　追加  □ ロタウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） |

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　歳　　か月） |
| 被接種者住所 | 金ケ崎町  連絡先（　　　　－　　　－　　　　） |
| 保護者氏名 | 被接種者との続柄（　　　） |
| 予防接種実施  依頼市町村  又は医療機関 |  |
| 申請理由 |  |