令和　　年　　月　　日

竜王町長　様

**申請者　住所**

**氏名　　　　　　　　　　　印　（続柄：　　　　）**

**（自署であれば押印不要）**

**電話　（　　　　　）　　　　－**

広域外医療機関における予防接種の申請書

標記の件につきまして、下記のとおり申請します。　※申請者と太枠内を記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 竜王町大字 |
| 接種希望者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 保護者氏名**※接種者が未成年の場合** |  |
| 連絡先（電話） | （　　　　　　　）　　　　　－ |
| 予防接種の種類※希望する予防接種に○を付けてください | ・ロタウイルス（１．２．３）　・Ｂ型肝炎（１．２．３）・ヒブ（１．２．３．４）　・小児用肺炎球菌（１．２．３．４）・ＢＣＧ　・４種混合：DPT-IPV（1期１．２．３、1期追加）　・２種混合（DT）　・麻しん風しん混合（1期、2期）・日本脳炎（1期初回１．２、1期追加、２期）　・水痘（１．２）　・子宮頸がん予防（１．２．３）　・高齢者インフルエンザ　・成人用肺炎球菌 |
| 接種を希望する理由 | **※該当する項目に○印を付け、（　）内に理由をご記入ください。**　・県（町）外にかかりつけの医療機関があるため　・施設に入所中のため　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 接種を希望する医療機関名、住所、電話番号 | 医療機関名：住所：　　　　　　（電話番号：　　　　－　　　　　－　　　　　　） |
| 接種予定日 | 　　　年　　　月　　　日 |

※下記は担当課が記入しますので、記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付印 | 確認事項 |
| （担当者：　　　　） | * 該当する項目にチェックする。

□　母子手帳・健康管理システム確認送付（交付）書類□　見積書・返信用封筒□　依頼書・請求書・返信用封筒□　予診票・接種済証（必要時） |