

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ロタウイルス (1. 2. 3) ・ B型肝炎 (1. 2. 3)</li> <li>・ ヒブ (1. 2. 3. 4) ・ 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 4)</li> <li>・ BCG ・ 4種混合: DPT-IPV (1期1. 2. 3、1期追加)</li> <li>・ 5種混合: DPT-IPV-Hib ワクチン (1期1. 2. 3、1期追加)</li> <li>・ 2種混合 (DT) ・ 麻しん風しん混合 (1期、2期)</li> <li>・ 日本脳炎 (1期初回1. 2、1期追加、2期) ・ 水痘 (1. 2)</li> <li>・ 子宮頸がん予防 (1. 2. 3)</li> <li>・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者新型コロナ</li> <li>・ 高齢者带状疱疹</li> </ul>
接種を希望する理由	<p>※該当する項目に○印を付け、( ) 内に理由をご記入ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県 (町) 外にかかりつけの医療機関があるため</li> <li>・ 施設に入所中のため</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
接種を希望する医療機関名、住所、電話番号	<p>医療機関名:</p> <p>住所:</p> <p>(電話番号: - -)</p>
接種予定日	令和 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: )	<p>※ 該当する項目にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> 母子手帳・健康管理システムにて接種歴を確認</p> <p>送付 (交付) 書類</p> <p><input type="checkbox"/> 依頼書・請求書・返信用封筒</p> <p><input type="checkbox"/> 予診票・接種済証 (必要時)</p>