

予防接種申請書

古河市長 殿

依頼先：個別接種用
 (補助金制度用)
 ※依頼先が医療機関長宛となるため
 申請時に医療機関名が必要。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者氏名 ㊟

予防接種法に基づく予防接種を、下記医療機関で受けさせたいので依頼していただきたく、申請いたします。

記

実施医療機関名	
被接種者氏名 (接種を受ける人)	
生 年 月 日	平成 年 月 日
住 所	〒 古河市
電 話 番 号	
保 護 者 氏 名	
滞 在 先 住 所 及 び 連 絡 先	〒 (様方) ☎
予防接種の種類 (受けたい予防接種に○をつけてください。)	ヒブ [] 初回1回目 [] 初回2回目 [] 初回3回目 [] 追加 小児用肺炎球菌 [] 初回1回目 [] 初回2回目 [] 初回3回目 [] 追加 B型肝炎 [] 1回目 [] 2回目 [] 3回目 BCG [] 四種混合 [] 1期初回1回目 [] 1期初回2回目 [] 1期初回3回目 [] 1期追加 二種混合 [] 不活化ポリオ [] 1期初回1回目 [] 1期初回2回目 [] 1期初回3回目 [] 追加 日本脳炎 [] 1期初回1回目 [] 1期初回2回目 [] 1期追加 [] 2期 麻しん風しん混合 [] 1期 [] 2期 水痘 [] 初回 [] 追加 麻しん [] 風しん [] 子宮頸がん [] 1回目 [] 2回目 [] 3回目
申 請 理 由	