

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 30 年〇月〇日

申請者氏名 〇〇 〇〇 印

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	〇〇病院
被接種者氏名 (接種を受ける人)	〇〇 〇〇
生 年 月 日	平成 30 年 4 月 1 日
住 所	〒306-0044 古河市新久田 271-1
電 話 番 号	0280-48-6882
保 護 者 氏 名	〇〇 〇〇
滞 在 先 住 所 及 び 連 絡 先	〒123-456 (〇〇 様方) 〇〇県〇〇市〇-〇-〇 ☎ 1234-56-7890
予防接種の種類 (受けたい予防接種に○をつけてください。) ※「実施医療機関」に記入した 病院等で接種する予定のワク チンに○をつけてください。	<p>ヒブ [<input type="checkbox"/>] 初回 1 回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 2 回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 3 回目 [<input type="checkbox"/>] 追加</p> <p>小児用肺炎球菌 [<input type="checkbox"/>] 初回 1 回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 2 回目 [<input type="checkbox"/>] 初回 3 回目 [<input type="checkbox"/>] 追加</p> <p>B型肝炎 [<input type="checkbox"/>] 1 回目 [<input type="checkbox"/>] 2 回目 [<input type="checkbox"/>] 3 回目</p> <p>BCG [<input type="checkbox"/>]</p> <p>四種混合 [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 1 回目 [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 2 回目 [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 3 回目 [<input type="checkbox"/>] 1 期追加</p> <p>二種混合 [<input type="checkbox"/>]</p> <p>不活化ポリオ [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 1 回目 [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 2 回目 [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 3 回目 [<input type="checkbox"/>] 追加</p> <p>日本脳炎 [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 1 回目 [<input type="checkbox"/>] 1 期初回 2 回目 [<input type="checkbox"/>] 1 期追加 [<input type="checkbox"/>] 2 期</p> <p>麻しん風しん混合 [<input type="checkbox"/>] 1 期 [<input type="checkbox"/>] 2 期</p> <p>水痘 [<input type="checkbox"/>] 初回 [<input type="checkbox"/>] 追加</p> <p>麻しん [<input type="checkbox"/>]</p> <p>風しん [<input type="checkbox"/>]</p> <p>子宮頸がん [<input type="checkbox"/>] 1 回目 [<input type="checkbox"/>] 2 回目 [<input type="checkbox"/>] 3 回目</p>
申 請 理 由	例：里帰り中の接種のため／かかりつけのため 等