

町外接種に係る申請書（子どもの予防接種）

見本

▼精華町に住民票のある方が対象となります。

【注意点】

接種後の申請は、受理できませんのでご注意ください。

なお、翌年度（4月1日以降）も引続き、ご希望の医療機関で接種をされる場合には、再度申請が必要です。

申請理由	該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> かかりつけのため <input checked="" type="checkbox"/> 里帰りのため <input type="checkbox"/> その他 ※その他の場合は下記に理由をご記入ください。 ()		
希望する予防接種名	該当する項目にチェックしてください。(※今年度中に接種予定のものだけで結構です) <input type="checkbox"/> 五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ、ヒブ混合） <input checked="" type="checkbox"/> ヒブ <input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ混合） <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア・破傷風混合） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(ヒトパピローマウイルス) <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン		
希望する医療機関名	《医療機関名》 ○○ 医院(病院、クリニック等) 《住所》※分かる範囲で結構です。 ○○ 府 県 ○市○○○○		
ふりがな	せいか たろう	生年月日	平成 30 年 4 月 1 日
被接種者氏名 (予防接種を受ける方)	精華 太郎		
保護者氏名	精華 華子 被接種者との続柄 (母)		
住所	〒 619-0285 精華町南稲八妻北尻70番地 電話 (- -)		
《その他》例：滞在地（里帰り先）の住所、予診票の郵送希望 など 里帰り先：○県○市○○○○○○○ 大津方 ○○ 予防接種予診票の郵送希望 など			

上記の内容を確認することに同意します。

年 月 日

署名 精華 華子