

町外接種に係る申請書（子どもの予防接種）

▼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 type="checkbox"/> 里帰りのため【里帰り期間(予定) 年 月 日 まで】 <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 type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input 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》 《住所》 ※分かる範囲で結構です。 府・県 | | |
| ふりがな | | 生年月日 | _____年____月____日 |
| 被接種者氏名 (予防接種を受ける方) | | | |
| 保護者氏名 | 被接種者との続柄 () | | |
| 住 所 | 〒 _____ | | |
| | 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 | | | |

上記の内容を確認することに同意します。

年 月 日 署名 _____