

様式第1号の1

予防接種依頼申請書(乳幼児用)

年 月 日

(あて先)那珂川市長

申請者氏名

(被接種者との続柄:)

那珂川市における予防接種()を下記の理由により接種できません

ので、()市・町・村の接種時にあわせて接種できるようお願いします。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名	(男・女)		
保護者氏名		電話番号	() -
住 所	那珂川市		
申請の理由	かかりつけ医()		
接 種 日	年 月 日		
接種場所	医療機関	電話番号	() -
	所在地		
滞 在 先	〒 -	(様方)	
	電話	() -	
滞在予定期間	年 月 日 まで		

予防接種の種類(希望するものすべてに☑を付けてください)

五種混合	1期 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加
四種混合 ※五種混合を接種した人は不要	1期 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加
ヒブ ※五種混合を接種した人は不要	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加
小児用肺炎球菌	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
BCG	<input type="checkbox"/>
麻しん・風しん	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回
日本脳炎	1期 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期
二種混合	<input type="checkbox"/>
子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
ロタウイルス	ロタリックス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	ロタテック <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目