

神石高原町予防接種実施要綱第5条の規定により、つぎのとおり接種の申請をします。

被 接 種 者	フリガナ		住 所	〒 神石高原町 TEL（０８４７）８ 番地
	名 前			
	生年月日	年 月 日		
申 請 者	フリガナ		住 所	〒 神石高原町 TEL（０８４７）８ 番地
	名 前			
	被接種者から見た続柄			

※被接種者と申請者が同一の場合は申請者欄を省略してください。

接種を希望する医療機関を○で囲み、接種希望日を記入してください。

接種医療機関	●町立病院 ●町立神石へき地診療所 ●吉實クリニック ●赤木医院 ●町外医療機関（広域予防接種） 医療機関 住所 _____ 名称 _____			
	接種希望日 （予定日）	令和 年 月 日 ※申請から受け取りまで一週間程度かかりますので、ご了承ください。		

【注意事項】

- ・自己負担はありません。
- ・定期接種の対象となるのは生涯に一度のみです。
- ・接種の準備が出来次第、予診票・接種日・接種時間等の通知をします。

【被接種者確認項目】

- ①これまでに肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。 (いいえ ・ はい)
②①で「はい」と答えた人のみお答えください。

接種した肺炎球菌ワクチンの種類

A. 2 3 価肺炎球菌ワクチン
B. 1 3 価肺炎球菌ワクチン

《お問い合わせ先》

神石高原町役場 保健福祉課 健康係 TEL (0847) 89-3366