

広域予防接種申請書

（乳幼児・児童等）

年 月 日

神石高原町長 様

住 所 神石高原町 _____

申 請 者 _____ (印)

電 話 番 号 _____

※携帯等の連絡のつく番号を記入してください

以下のとおり、申請します。

1. 予防接種の種類及び回数（複数申請可）

| | |
|-----------------|-------------|
| 五種混合 第1期初回 1～3回 | 五種混合 追加 |
| 肺炎球菌 初回 1回～3回 | 肺炎球菌 追加 |
| B型肝炎 1回～3回 | 水痘 1回目 |
| BCG | 水痘 2回目 |
| 口タ 1価2回・5価3回 | 日本脳炎 1回, 2回 |
| MR（麻しん風しん）1期 | 日本脳炎 追加 |
| MR（麻しん風しん）2期 | 日本脳炎 2期 |
| 二種混合 | HPV 1～3回 |

※予診票はもっていますか？ はい いいえ

2. 被接種者氏名 及び生年月日

_____ (男 ・ 女) 年 月 日

3. 保護者名 ※申請者と同じ場合は省略して下さい。

4. 保護者住所 ※申請者と同じ場合は省略して下さい。

神石高原町 _____

電話番号 _____

5. 希望医療機関名・住所

6. 接種希望日 _____ 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。