

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

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
	B C G		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		H P V 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。