

様式第1号 (第5条関係)

内灘町予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

(宛先) 内灘町長

住所
申請者 氏名
被接種者との関係 本人・保護者 ()

次のとおり予防接種を受けることを希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

| | | | | |
|-----------------------|-------|---|------|---------|
| 被 接 種 者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | 氏名 | 男・女 | | (歳 か月) |
| | 現住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (*申請者と同じ場合は□にレ点を付けてください) 〒 電話 (- -) | | |
| | 保護者氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (氏名) | | |
| 予 防 接 種 名 | A類 | ※当てはまるものにレ点を付けてください <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> ロタリックス (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> ロタテック (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> Hib(ヒブ)感染症 (<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌感染症 (<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 五種混合ワクチン(DPT-IPV-Hib) (<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 三種混合ワクチン(DPT) (<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 二種混合(DT) <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> ポリオ (<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR) (<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 第1期 (<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 第2期 <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) <input type="checkbox"/> 妊婦用RSウイルス | | |

