

定期予防接種実施申請書

出雲市長 様

申請者住所

申請者氏名

下記のとおり定期予防接種実施の申請をします。

被 接 種 者	氏 名	(フリガナ)		
	生年月日	年 月 日生	(歳 月)	
	住 所			
	保護者氏名	(続柄)	電話番号	
	滞 在 先	〒		
希望する ワクチンの種類 (○をつけてください)	ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)			
	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)			
	ヒブ 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	小児肺炎球菌 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	四種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	BCG			
	水痘 (1回目・2回目)			
	麻しん風しん混合 (MR) 又は麻しん・風しん (第 期)			
	日本脳炎 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加 2期			
子宮頸がん (1回目・2回目・3回目)				
申請理由 (○をつけてください)	1 里帰り出産などで、他市町村で予防接種を受けるため 2 疾病等により委託医療機関以外で長期入院または入所しているため 3 その他 ()			
接種希望 医療機関	所在地	医療機関名	TEL	
出雲市記入欄	住基・母子健康手帳		対応者	

※ 上記内容につきましては、滞在先の市町村担当部署へ提供させていただくことがありますので
 ご了承ください。