

記載例（小児用）

第4号様式（第12条関係）

伊勢原市予防接種区域外接種申請書

令和6年 4月 1日

伊勢原市長 殿

申請者住所 伊勢原市田中348

氏名 伊勢原 花子 被接種者との関係（母）

連絡先 0463-94-4711

次のとおり予防接種を受けたいので、伊勢原市予防接種実施要綱第12条に基づき依頼書の発行について申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	<u>いせはら いちろう</u>	生年	<u>2024年 2月 28日</u>
	氏名	<u>伊勢原 一郎</u>	月日	(満 <u>0</u> 歳 <u>1</u> か月)
	住所	<u>伊勢原市 田中348</u>		
申請理由	該当する番号に○を付し、その理由等を詳しく御記入ください。 1 協力外医療機関(施設)に(通院中・入院中・入所中)のため ()内の該当するものに○印をつけてください。 ■ 医療機関(施設)名 ■ 所在地 受診科名 主治医名 ■ 病名 2 その他 ■ 理由 <u>里帰り中のため</u> ■ 接種希望医療機関名 <u>伊勢原クリニック</u> ■ 所在地 <u>神奈川県神奈川市伊勢原町1</u> ■ 電話番号 <u>0463-94-4711</u>			
連絡先 (滞在先)	住所	<u>〒111-1111 神奈川県神奈川市伊勢原町2 伊勢原次郎方</u>		
	ふりがな	<u>いせはら はなこ</u>	電話番号	<u>080(0000)0000</u>
	氏名	<u>伊勢原 花子</u>		
滞在期間	<u>令和6年 3月10日から 令和6年 6月10日</u>			
予防接種の種類	ヒブ(1・2・3・追加) ・ 麻しん風しん混合(1期・2期) 小児用肺炎球菌(<u>1・2</u> ・3・追加) ・ BCG ・ 水痘(1・2) B型肝炎(<u>1・2</u> ・3) ・ 日本脳炎(1・2・追加・2期) 五種混合(<u>1・2</u> ・3・追加) ・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3) 四種混合(1・2・3・追加) ・ ポリオ(1・2・3・追加) 三種混合(1・2・3・追加) ・ 高齢者肺炎球菌 ロタウイルス(<u>1・2</u> ・3※) ・ 高齢者インフルエンザ ※5価ワクチンのみ3回目を接種			