

伊勢原市予防接種区域外接種申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者住所 _____

氏名 _____ 被接種者との関係 ()

連絡先 _____

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		生年	年 月 日
	氏名		月日	(満 歳 か月)
	住所	伊勢原市		
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 ■ 接種希望医療機関名 ■ 所在地 ■ 電話番号			
連絡先 (滞在先)	住所	〒		
	ふりがな		電話番号	()
	氏名			
滞在期間	年 月 日から 年 月 日			
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(1・2・3・追加) ・ BCG ・ 水痘(1・2) B型肝炎(1・2・3) ・ 日本脳炎(1・2・追加・2期) 四種混合(1・2・3・追加) ・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3) 三種混合(1・2・3・追加) ・ ポリオ(1・2・3・追加) ロタウイルス(1・2・3※) ・ 高齢者肺炎球菌 ※5価ワクチンのみ3回目を接種 ・ 高齢者インフルエンザ			