

稲美町長 様

(申請者) 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号 () -

広域的予防接種申込書

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

被 接 種 者 (接種を受ける人)	住 所	稲美町
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 か月)
受ける予防接種 の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ・小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ・結核 (BCG) ・不活化ポリオ(初回1回目・2回目・3回目・1期追加) ・四種混合(初回1回目・2回目・3回目・1期追加) ・水痘 (初回・追加・経過措置) ・B型肝炎(1回目・2回目・3回目) ・麻しん風しん混合 (1期・2期) ・麻しん (1期・2期) ・風しん (1期・2期) ・日本脳炎 (1期初回1回目・2回目・1期追加・2期・経過措置) ・二種混合 (2期) ・子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) 	
接種を希望する 医療機関	所在地	
	医療機 関 名	
接 種 希 望 日	年 月 日	
広域的予防接種 を希望する理由		

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。