様式第１号

年　　月　　日

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	・ロタウイルス（1回目・2回目・ロタテックの場合3回目） ・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） ・四種混合(初回１回目・2回目・3回目・1期追加) ・五種混合(初回１回目・2回目・3回目・1期追加) ・水痘（初回・追加）　・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） ・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） ・RSウイルス感染症	
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。