

様式第1号（第4条関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

予防接種申請書

年 月 日

菊川市長 様

下記のとおり、菊川市が指定している医療機関以外で予防接種を実施したいので申請します。（被接種者が未成年の場合は、保護者欄を記入してください。）

被 接 種 者	住 所	〒		
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名		生年 月日	
保 護 者	現 在 連 絡 先	〒 (電話番号：)		
	ふりがな		被接種者 との続柄	
	氏 名			
接 種 す る ワ ク チ ン 該 当 ワ ク チ ン に ○ を つ け る	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型肝炎 (1・2・3) ・ ヒブワクチン 初回(1・2・3)、追加 ・ 小児用肺炎球菌 初回(1・2・3)、追加 ・ 不活化ポリオ 1期初回(1・2・3)、1期追加 ・ BCG ・ 四種混合(DPT-IPV) 1期初回(1・2・3)、1期追加 ・ 二種混合(DT) ・ 麻しん風しん混合(MR) 1期、2期 ・ 麻しん 1期、2期 ・ 風しん 1期、2期 ・ 日本脳炎 第1期(1・2)、1期追加、第2期 ・ 子宮頸がん予防ワクチン(1・2・3) ・ 水痘(初回・追加) ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 			
理 由				
実 施 予 定 の 医 療 機 関 名	電話番号 ()			

(注) 菊川市が指定している医療機関とは、一般社団法人小笠医師会に加入している掛川市、菊川市及び御前崎市で菊川市の予防接種依頼に承諾を得ている医療機関である。