

(様式第1号)

定期接種市町間相互乗入申請書

令和 年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 様

申請者 住所
氏名
電話
被接種者との続柄

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。

		受付番号	
被 接 種 者	住所	〒	
	ふりがな		性別 男・女
	氏名		生年月日
保 護 者	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	↓接種を希望するものに○を付けてください。		
	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	
	<input type="checkbox"/>	高齢者肺炎球菌	
	<input type="checkbox"/>	带状疱疹(弱毒生水痘ワクチン)	
	<input type="checkbox"/>	带状疱疹(組換え带状疱疹ワクチン1回目)	
	<input type="checkbox"/>	带状疱疹(組換え带状疱疹ワクチン2回目)	
	<input type="checkbox"/>	風しん	
接種希望の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
理由			
実施希望の 医療機関名			
医療機関の所在地 及び電話番号	〒 (電話番号:)		

※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おり、菊川市、掛川市及び御前崎市で菊川市の予防接種依頼に承諾をしている医療機関である。