

滝沢市長 武田 哲 様

予防接種受診券交付申請書

下記の事由により、指定医療機関以外で予防接種を受けたいので、受診券を発行して下さるよう申請します。

申請者	(フリガナ)			被接種者との続柄
	氏名			
被接種者	住所	〒		電話番号
	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
指定医療機関で予防接種を受けることができない理由	1 里帰り出産のため 2 主治医が指定医療機関ではない 3 その他 ()			
滞在先住所	〒			
滞在期間	令和 年 月頃まで			

[接種を希望する予防接種の種類]

接種を希望する 予防接種の 種類及び回数 (該当するものに○を付けてください。)	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	4種混合 (DPT - IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	5種混合 (DPT - IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	B C G	
	麻疹及び風しん混合 (MR)	1期・2期
	水痘	初回・追加
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	3種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	2種混合 (DT)	
	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	子宮頸がん予防 (HPV) (サーバリックス・ガーダシル)	1回目・2回目・3回目
	子宮頸がん予防 (HPV) (シルガード)	1回目・2回目・3回目
	ロタリックス	1回目・2回目
ロタテック	1回目・2回目・3回目	
接種を受ける予定 の医療機関	所在地	
	医療機関名	
	電話番号	