

長期療養定期予防接種申請書

別紙 1

伊勢崎市長 様

次の予防接種につきまして、下記の理由により定期の予防接種を希望します。

令和 年 月 日

接種 希望 者	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 ー 伊勢崎市 町 番地		
	電話番号	TEL ()		
保護者氏名			続柄	
申請理由		長期療養を要する疾病にかかっていたため (病名:)		
希望予防接種		B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) BCG 水痘 (1回目・2回目) 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 (1期初回1回・1期初回2回・1期追加・2期) 二種混合 [DT] (1期初回1回・1期初回2回・1期追加・2期) ヒブ (初回1回・初回2回・初回3回・追加) 小児用肺炎球菌 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) 四種混合 [DPT-IPV] (1期初回1回・1期初回2回・1期初回3回・1期追加) ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) 三種混合 [DPT] (1期初回1回・1期初回2回・1期初回3回・1期追加) HPV (1回目・2回目・3回目) 高齢者用肺炎球菌 該当するものに○をつけてください		
希望接種場所 (医療機関名等)		※所在地		
		※電話番号		() ー

※ 印の部分はわかる範囲で記入してください

郵送先 (里帰り先) 〒	
問い合わせ連絡先 ()