

# 予防接種申請書 2(他市住民)

注)母子手帳のコピー添付のこと

平成 年 月 日

貝塚市長 様

(申請者) 氏 名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

予防接種の実施について依頼状を添えて申請いたします。

ふりがな	男 ・ 女	生年月日:平成 年 月 日	歳 か月
被接種者氏名			
保護者氏名			
住 所 (〒 - )			
電話番号			
申請理由			
・ 基礎疾患(疾患名: )があるため			
・ アレルギー( )があるため			
・ 長期滞在しているため(滞在先住所: )			
・ その他( )			
依頼する予防接種名			
・ BCG			
・ ポリオ( 1回目 ・ 2回目 )			
・ 三種混合( 1期初回 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )			
・ 二種混合( 1期初回 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期 )			
・ 麻しん風しん混合( 1期 ・ 2期 ・ 3期 ・ 4期 )			
・ 麻しん単独・風しん単独( 1期 ・ 2期 ・ 3期 ・ 4期 )			
・ 日本脳炎( 1期初回 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期 )			
接種予定医療機関名			

母子手帳(確認・未確認) ※必ずコピーのこと

申請書受付者サイン ( )	住登外入力 <input type="checkbox"/>
依頼状有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	