

天草市広域化予防接種申請書

天草市

令和 年 月 日

天草市長 様

申請者（保護者）

申請者住所 天草市

(電話 _____)

| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| ふりがな 被接種者 | | | |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 () 歳 | | |
| 予防接種 | <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> ロタテック <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> 四種混合1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん1期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期 | <input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 接種希望市町村 及び医療機関 | 市 医療機関名 () | | |
| 天草市で接種 できない理由 | 1. かかりつけ医での接種 2. 養護学校入所 3. 里帰り出産 4. 実家帰省 5. 入院中 6. その他 () | | |

※申請書等の郵送の場合

| 申 請 書 | | 予 診 票 | 備 考 |
|-------|-------|-------|------------|
| 発 送 日 | 返 信 日 | 発 送 日 | ※返信先住所・氏名等 |
| | | | |