

四万十市長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 被接種者との続柄：()
 電話番号 _____

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情により、やむを得ず対象年齢内に定期の予防接種を受ける機会を逃しましたが、このたび主治医から、特別の事情が解消されたため予防接種を受けて差し支えないとの許可が得られたため、予防接種法施行令第3条第2項に基づき、主治医の意見書を沿えて、定期予防接種を申請します。

記

1 対象者

(ふりがな) 氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	(歳 ヶ月)
住所	四万十市		

2 主治医の診断を受けたうえで、接種を希望する予防接種の種類及び接種区分

<input type="checkbox"/> ヒブ (10歳に達するまで)	1回目・2回目・3回目・4回目
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (6歳に達するまで)	1回目・2回目・3回目・4回目
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 五種混合 (15歳に達するまで)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> BCG (4歳に達するまで)	
<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症	
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	

3 接種医療機関

名称	所在地
	電話番号

<添付書類>・母子健康手帳 (接種歴のわかるもの)
 ・主治医の意見書又は理由書