

長期療養者の予防接種申請書

八潮市長 あて

令和 年 月 日

下記のとおり、病状が回復（特別な事情が解消）し主治医から予防接種を受けることの許可がありましたので、主治医の理由書を添えて申請します。

フリガナ		性 別
予防接種を受ける方の氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 （ 歳 か月）	
申 請 者		続柄 （ ）
保 護 者 氏 名		続柄 （ ）
住所および連絡先	八潮市 自宅・携帯 （ ）	
診断を受けた医療機関名	主治医名	
接種予定医療機関		
希望する予防接種の種類	ヒブ 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 三種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 四種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 五種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 BCG 1回 麻しん風しん混合 1期・2期 麻しん 1期・2期 風しん 1期・2期 水痘 1回目・2回目 日本脳炎 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 二種混合 2期 不活化ポリオ 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目 高齢者肺炎球菌 1回	

受付日	対応者