

さくら市指定外医療機関定期予防接種申込書

年 月 日

さくら市長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中連絡がとれる番号)

さくら市定期予防接種を指定外医療機関で受けたいので、下記のとおり申請します。

被接種者氏名	
被接種者住所	さくら市
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
接種希望医療機関名	<p>【医療機関名】 _____</p> <p>〒 _____</p> <p>都道 区 市 府県 町村</p>
<p>予防接種の種類</p> <p>該当する予防接種を ○で囲んでください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ロタ ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )</li> <li>・B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )</li> <li>・5種混合 { I 期初回( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ I 期追加 )</li> <li>・ヒブ { 初回( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加 }</li> <li>・小児肺炎球菌 { 初回( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加 }</li> <li>・4種混合 { I 期初回( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ I 期追加 )</li> <li>・BCG ( 1回目 )</li> <li>・麻しん風しん ( 第1期 ・ 第2期 ・ 第5期)</li> <li>・水痘 ( 初回 ・ 追加 )</li> <li>・日本脳炎 { 第1期初回( 1回目 ・ 2回目 ) ・ 第1期追加 ・ 2期 }</li> <li>・子宮頸がん ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )</li> <li>・2種混合(2期) ( 1回目 )</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者インフルエンザ</li> <li>・高齢者肺炎球菌</li> <li>・高齢者新型コロナ</li> <li>・带状疱疹 { ・ 生ワクチン ・ 組換えワクチン( ・ 1回目 ・ 2回目 ) }</li> </ul>
指定外医療機関で 接種する理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・里帰り等で市外に滞在しており、さくら市内での接種が困難であるため</li> <li>・病気治療等により、市外の医療機関・施設等に入通院又は入通所しているため</li> <li>・かかりつけ医のため</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
接種希望年月日	令和 年 月 日
<p>滞在地住所</p> <p>市外に滞在している場合は記入</p>	<p>〒 _____</p> <p>( _____ 様方)</p>