

さくら市指定外医療機関定期予防接種申込書

さくら市長 様

申請者住所 さくら市 _____

申請者氏名 _____

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	
接種希望医療機関名	【医療機関名】 _____
<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"> ・ロタ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・5種混合 { I 期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ I 期追加) ・ヒブ { 初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加 } ・小児肺炎球菌 { 初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加 } ・4種混合 { I 期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ I 期追加) ・BCG (1回目) ・麻しん風しん (第1期 ・ 第2期) ・水痘 (初回 ・ 追加) ・日本脳炎 { 第1期初回(1回目 ・ 2回目) ・ 第1期追加 ・ 2期 } ・子宮頸がん (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・2種混合(2期) (1回目) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者インフルエンザ ・高齢者肺炎球菌 ・高齢者コロナ
指定外医療機関で 接種する理由	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 ・かかりつけ医のため ・その他 (_____)
接種希望年月日	
<p>滞在地住所</p> <p>市外に滞在している場合は記入</p>	