

半田市広域予防接種承認申請書 (A類疾病)

年 月 日

半田市長 殿

申請者 (〒 -)

住 所 半田市

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

被接種者との続柄 ()

半田市定期予防接種実施要綱第8条第1項の規定に基づき、次のとおり広域予防接種の承認を申請します。
また、市担当者が被接種者の住民登録情報及び予防接種履歴情報の確認調査を行うことに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
被接種者氏名			
住所 (申請者と同じ場合は省略可)	半田市		
申請理由	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 里帰り出産、家庭内暴力等 4 その他 ()		
希望医療機関 (※1)		希望医療機関 所在市町村	
希望する予防接種 (※2)	希 望 回 数 または 種 類 (希望回数等に○を付けてください)		
ヒブ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
小児肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
ロタウイルス	ロタリックス ・ ロタテック ・ 不明		
4種混合	1期1回目 ・ 1期2回目 ・ 1期3回目 ・ 1期追加		
B C G	1回目		
MR(はしか・風しん)	1期 ・ 2期		
麻しん(はしか)	1期 ・ 2期		
風しん	1期 ・ 2期		
水痘(みずぼうそう)	1回目 ・ 2回目		
日本脳炎	1期1回目 ・ 1期2回目 ・ 1期追加 ・ 2期		
DT2種混合	1回目		
子宮頸がん	【サーバリックス ・ ガーダシル】 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		

※1 広域予防接種協力医療機関に限ります。

※2 定期予防接種対象年齢内かつ年度内に接種を受けられるものに限ります。

職員確認印