

市外医療機関での予防接種申込書

年 月 日

朝来市長 様

申込み者
〒 ー
住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

予防接種法に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認をお願いします。

接 種 を 受 け る 人	住 所	兵庫県朝来市	
	ふりがな 氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)	
滞在先の住所	〒 ー 世帯主名 (様方)		
予 防 接 種 の 種 類 ※接種を希望 するものに ○をつけて ください。	<input type="checkbox"/> 記入欄	予防接種の種類	※以下にも○をつけてください。
		ロタウイルス	1回目・2回目・(3回目)
		ヒブ	初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫
		小児用肺炎球菌	初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目
		4種混合[ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ]	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
		不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
		BCG	
		麻しん風しん混合	1期・2期
		水痘	初回・追加
		日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期
		2種混合[ジフテリア・破傷風]	
		HPV[子宮頸がん予防ワクチン]	1回目・2回目・3回目
	その他	予防接種名 ()	
接種予定医療 機関名又は自 治体名	医療機関名又は 自 治 体 名		
	医療機関医師名		
	住 所	〒 ー	
	電 話 番 号	TEL ー ー FAX ー ー	
申込みの理由	市外に長期滞在 ・ 主治医が市外医療機関 その他 ()		
接種予定日	・令和 年 月 日 (決まっている場合はご記入ください) ・未定 (今後調整する)		

以下は記入しないでください

市外医療機関での予防接種につきまして、下記の条件を付して承認します。

- ・ 広域医療機関実施
- ・ 広域医療機関以外（契約で実施）
- ・ 他自治体依頼

（担当課：地域医療・健康課）

※個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。