

予防接種依頼申請書

年 月 日

東広島市長 様

〒

申請者

住 所

氏 名

電話番号（ ） -

県外で定期予防接種を受けたいので、東広島市予防接種費助成要綱第4条の規定により申請します。

予 防 接 種 を 受 け る 者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日（満 歳 か月 ）		
	住 所	〒		
保 護 者 氏 名 (16歳未満の場合)				
滞 在 先	住 所	(様方)		
	電 話 番 号			
依 頼 書 送 付 先		自宅（東広島市） ・ 滞在先		
予 防 接 種 名 ・ 回 数		<input type="checkbox"/> B型肝炎（初回： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 追加： <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> ロタリクス（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（初回： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 追加： <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> 5種混合（1期初回： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 1期追加： <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> 2種混合[DT]（2期： <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> BCG（ <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん[MR]（1期： <input type="checkbox"/> 1回目 2期： <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> 水痘（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期初回： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 1期追加： <input type="checkbox"/> 1回目 2期： <input type="checkbox"/> 1回目） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目）		
定期予 防 接 種 を 受 け る 医 療 機 関 又 は 自 治 体	名 称			
	住 所			
	電 話 番 号			
県外で接種する理由				