

県外医療機関予防接種申込書

吉備中央町長 様

令和 年 月 日

次のとおり岡山県外での予防接種を申込みます。

申請者	氏名		被接種者との続柄	
	住所	(電話 - - )		
被接種者	ふりがな氏名	(男・女)		
	生年月日	令和 年 月 日		
	住所	〒岡山県加賀郡吉備中央町 (電話 - - )		
接種予定の予防接種に○	五種・四種混合	1期初回	(1回 2回 3回)	1期追加
	二種混合	2期		
	BCG	1回		
	麻しん風しん混合	1期	2期	
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) 1期追加・2期		
	子宮頸がん	1回	2回	3回
	ヒブ	1回	2回	3回 追加
	小児用肺炎球菌	1回	2回	3回 追加
	水痘	1回	2回	
	B型肝炎	1回	2回	3回
	ロタウイルス (ロタリックス)	1回	2回	
	(ロタテック)	1回	2回	3回
申込理由				
接種希望日		令和 年 月 日		
接種希望医療機関等	所在地			
	医療機関名	(電話 - - )		
滞在先住所	(〒 - )			
		(電話 - - )		