

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○	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 - -)			