

龍ヶ崎市長 様

申請者 住所

氏名

印

対象者との関係

電話番号

龍ヶ崎市A類疾病予防接種県外接種申請書

下記のとおり、県外でのA類疾病予防接種を受けたいので申請します。

記

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| 対象者氏名 (接種を受ける者) | | 生年月日 | |
| 対象者住所 | 龍ヶ崎市 | | |
| 県外での滞在 (入院) 先住所 | | 電話 | |
| 希望する医療機関名 | | 電話 | |
| 希望する予防接種の 種類及び回数 | 種 類 | 回 数 | |
| | <input type="checkbox"/> BCG | | |
| | <input type="checkbox"/> ロタリックス (1価) | 1回目・2回目 | |
| | <input type="checkbox"/> ロタテック (5価) | 1回目・2回目・3回目 | |
| | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | |
| | <input type="checkbox"/> ヒブ (H i b) | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 | |
| | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 | |
| | <input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-I PV) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・ 1期追加 | |
| | <input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・ 1期追加 | |
| | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR) | 1期・2期 | |
| | <input type="checkbox"/> 麻しん | 1期・2期 | |
| | <input type="checkbox"/> 風しん | 1期・2期 | |
| | <input type="checkbox"/> 水痘 | 1回目・2回目 | |
| | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・ 1期追加・2期 | |
| | <input type="checkbox"/> 二種混合 (DT) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・ 1期追加・2期 | |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV) | 1回目・2回目・3回目 | | |
| <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・ 1期追加 | | |
| 県外で接種を希望する理由 | | | |