

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者 住 所
氏 名
被接種者との関係
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

被接種者氏名 (接種を受ける者)		生年月日	
被接種者住所	龍ヶ崎市		
県外での滞在 (入院)先住所		電話番号	
希望する医療機関名		電話番号	
希望する予防接種の 種類及び回数	種 類	回 数	
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス(1価/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"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 5種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・ 1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	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)・1期追加・ 2期	
	<input type="checkbox"/> 2種混合	2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> RSウイルス		
<input type="checkbox"/> その他()			
県外で接種を希望する理由			