

県外等における定期予防接種意向書

申請日： 令和 年 月 日

下記の理由により _____ 都道府県 _____ 市区町村で予防接種を受けることを希望します。

※希望する予防接種□にチェックと回数に○を記入ください。

	種 類	回 数			
		1回目	2回目	3回目	4回目
希望する予防接種名	<input type="checkbox"/> ロタワクチン				/
	<input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン				/
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン				
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌ワクチン				
	<input type="checkbox"/> 四種混合ワクチン				
	<input type="checkbox"/> BCG		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン			/	/
	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン			/	/
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎				
	<input type="checkbox"/> 二種混合		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がんワクチン				/
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオワクチン				
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン		/	/	/
	<input type="checkbox"/> その他()				
被接種者	住 所	〒			
	氏 名				
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 (歳 か月)			
保護者	氏 名				
	電話番号	自宅 : _____ 携帯 : _____ ()			
申請理由					
被接種者の滞在先住所	〒 _____ ()様方 電話番号 ()				
滞在期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日				