

《記載例》

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	〒●●●●-●●●● 新発田市○○町○○○丁目○○○番○○○号			
	氏 名	○○ ○○			
	生年月日	大正・昭和 2年 6月 30日 平成・令和 (歳 1か月)			
保護者	氏 名	○○ ○○○			
	電話番号	自宅：●●-●●●● 携帯：●●●-●●●●●●-●●●● (母)			
申請理由	里帰り出産のため				
被接種者の滞在先住所	〒○○○-○○○○ ■■■県■■■■市■■■町○○○番 (□□)様 電話番号 (▲▲▲-▲▲▲▲)				
滞在期間	令和 2年 5月 1日から令和 2年 11月 末日				