

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"/> 小児肺炎球菌				
	<input type="checkbox"/> B型肝炎				/
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症				/
	<input type="checkbox"/> 四種混合				
	<input type="checkbox"/> 五種混合				
	<input type="checkbox"/> BCG		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 水痘		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 二種混合(2期)	/	/	/	
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)				/
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症				
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 高齢者の新型コロナウイルス感染症				
<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				