

※ 太枠の中を記入してください。

予 防 接 種 依 頼 申 請 書			
(宛先) 秦野市長		年 月 日	
		住 所 秦野市 氏 名 対象者との続柄 電話番号 ()	
次の者が予防接種を受けたいので申請します。			
ふ り が な		生 年 月 日	
対 象 者 名		年 月 日	
対 象 者 住 所	※申請者と異なる場合に記入してください 秦野市		
入院・滞在先等住所	〒 - ()方 TEL ()		
実施医療機関名			
住 所・電 話	〒 - TEL ()		
申 請 理 由	※該当するものの番号を○で囲んでください。 1 里帰り中のため、市外での予防接種を希望する。 2 疾病のため、秦野市契約外のかかりつけ医での予防接種を希望する。 3 妊娠中のため、秦野市契約外のかかりつけ医での予防接種を希望する。 4 その他のやむを得ない理由 ()		
依頼期間(接種予定日)	年 月 日 から 年 月 日 まで		
予防接種の種類	期 別	実施方法	
1. 五種混合(DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	集団	医療機関
2. 二種混合 (DT)	1 回	集団	医療機関
3. 麻しん風しん混合	1 期・2 期・その他 ()	集団	医療機関
4. 麻しん	1 期・2 期・その他 ()	集団	医療機関
5. 風しん	1 期・2 期・その他 ()	集団	医療機関
6. 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加 ・2 期	集団	医療機関
7. BCG	1 回	集団	医療機関
8. 小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	集団	医療機関
9. 子宮頸がん予防(HPV)	1 回目・2 回目・3 回目	集団	医療機関
10. 水痘	1 回目・2 回目	集団	医療機関
11. B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	集団	医療機関
12. ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目	集団	医療機関
13. R S ウイルス	1 回	集団	医療機関