

長期療養者の予防接種申請書

草加市長 あて

令和 年 月 日

下記の通り、病状が回復し主治医から予防接種を受ける事の許可がありましたので、主治医の該当理由書を添えて申請します。

フリガナ		性別
予防接種を受ける人の氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳 か月)	
申 請 者		続柄()
保 護 者 氏 名		続柄()
住 所 お よ び 連 絡 先	草加市 自宅・携帯 ()	
診 断 名		
診断を受けた医療機関名	主治医名	
接 種 予 定 医 療 機 関		
希望する予防接種の種類	BCG 三種混合 (1回 2回 3回 追加) 四種混合 (1回 2回 3回 追加) 不活化ポリオ (1回 2回 3回 追加) ヒブワクチン (1回 2回 3回 追加) 小児用肺炎球菌ワクチン (1回 2回 3回 追加) 日本脳炎 (1回 2回 1期追加 2期) 麻しん風しん混合(1期 2期 3期 4期) 水痘 (1回 2回) 二種混合 子宮頸がん (1回 2回 3回) B型肝炎 (1回 2回 3回) 高年者肺炎球菌 ロタリックス(1回 2回) ロタテック(1回 2回 3回)	

受付日	対応者