

(様式1)

令和 年 月 日

明石市長 様

(申請者)

〒

住所

氏名

小児予防接種推進医療機関における予防接種についての申請書

下記の者について、小児予防接種推進医療機関における予防接種を希望しますので申請します。

記

|         |  |                    |    |  |
|---------|--|--------------------|----|--|
| 被接種者    | 住所   |                    |    |  |
|         | 氏名   | (男・女)              |    |  |
|         | 生年月日   | 令和 年 月 日生 (満 歳 カ月) |    |  |
| 保護者     | 住所   | Tel ( )            |    |  |
|         | 氏名   |                    | 続柄 |  |
| 予防接種の種類 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ ヒ ブ [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]</li><li>・ 小児用肺炎球菌 [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]</li><li>・ B 型 肝 炎 [ 1回目・2回目・3回目 ]</li><li>・ ロ タ [ 1回目・2回目・3回目 ] [ロタリックス(1価)・ロタテック(5価)]</li><li>・ 五 種 混 合 [ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブ] [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]</li><li>・ 四 種 混 合 [ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎] [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]</li><li>・ B C G</li><li>・ 水 痘 [ 1回目・2回目 ]</li><li>・ MR [麻しん風しん混合] [ 1期 ・ 2期 ]</li><li>・ 麻 し ん [ 1期 ・ 2期 ]</li><li>・ 風 し ん [ 1期 ・ 2期 ]</li><li>・ 日 本 脳 炎 [ 1期初回(1回目・2回目・追加)・2期 ]</li><li>・ 二 種 混 合 [ジフテリア・破傷風] [ 1期(1回目・2回目・追加)・2期 ]</li><li>・ HPV [子宮頸がん予防] [ 1回目・2回目・3回目 ] [サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)・シルガード9(9価)]</li></ul> |                    |    |  |
| 備 考     |  |                    |    |  |

\* 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。  
また、目的外の使用は禁止します。

(様式1)

記入例

令和〇年〇月〇日

明石市長 様

- こども病院における予防接種申請に必要な書類
- ①小児予防接種推進医療機関における予防接種についての申請書
- ②母子健康手帳の「予防接種記録」の全ページコピー(白紙のページも含まれます)

(申請者)  
 〒673-0891  
 住所 明石市大明石町1-6-1  
 氏名 明石 太郎

小児予防接種推進医療機関における予防接種についての申請書

下記の者について、小児予防接種推進医療機関における予防接種を希望しますので申請します。

記

|         |  |   |    |   |  |
|---------|--|---|----|---|--|
| 被接種者    | 住所   | 明石市大明石町1-6-1  |    |   |  |
|         | 氏名   | 明石 花子   |    | (男・ <input checked="" type="radio"/> 女) |  |
|         | 生年月日   | 令和〇年〇月〇日生 (満歳〇カ月)   |    |   |  |
| 保護者     | 住所   | 明石市大明石町1-6-1<br>Tel ( 078-918-5656 )  |    |   |  |
|         | 氏名   | 明石 太郎   | 続柄 | 父                                       |  |
| 予防接種の種類 | ロタの場合、医療機関に確認のうえ、 <b>【ワクチン名】</b> に必ず〇をつけてください<br><br><b>【今年度中(3/31まで)に接種するもの】</b> に〇をつけてください<br><br>HPVの場合、医療機関に確認のうえ、 <b>【ワクチン名】</b> に必ず〇をつけてください | ・ ヒブ <input checked="" type="checkbox"/> [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]<br>・ 小児用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]<br>・ B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> [ 1回目・2回目・3回目 ]<br>・ ロタ <input checked="" type="checkbox"/> [ 1回目・2回目・3回目 ] (ロタリックス(1価)・ロタテック(5価))<br>・ 五種混合 [ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブ] [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]<br>・ 四種混合 [ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎] [ 1回目・2回目・3回目・追加 ]<br>・ BCG<br>・ 水痘 [ 1回目・2回目 ]<br>・ MR [麻しん風しん混合] [ 1期・2期 ]<br>・ 麻しん [ 1期・2期 ]<br>・ 風しん [ 1期・2期 ]<br>・ 日本脳炎 [ 1期初回(1回目・2回目・追加)・2期 ]<br>・ 二種混合 [ジフテリア・破傷風] [ 1期(1回目・2回目・追加)・2期 ]<br>・ HPV [子宮頸がん予防] [ 1回目・2回目・3回目 ] [サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)・シルガード9(9価)] |    |   |  |
| 備考      | * 個人情報の保護  |   |    |   |  |

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。