

年 月 日

大鰐町長 殿

住所 大鰐町大字

申請者 氏名 続柄 ()

電話

長期療養者の予防接種申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったことにより定期予防接種を受けることができませんでしたが、病状が快復し主治医の許可が得られたため、定期予防接種の実施について申請します。また、主治医の該当理由書が接種医に情報提供されることに同意します。

被接種者	住 所	大鰐町大字	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
希望する予防接種の種類等	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<input type="checkbox"/> B C G		
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2 期	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・ 1 期追加・2 期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期・3 期・4 期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1 回目・2 回目	
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌		
接種予定医療機関			