

# 市町村間相互乗入れ予防接種申請書

令和 年 月 日

長泉町長 様

下記の予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

※太枠内をご記入ください

申請者 (被接種者)	住 所	長泉町		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)	電話番号	
ふりがな			続柄	
保護者氏名 ※18歳未満の場合				
接種医療機関 名 称				
申請理由 (該当箇所に○)	1 かかりつけ医が長泉町、清水町、沼津市、裾野市以外のため (こども病院で受ける場合は主治医であること) 2 里帰り出産のため 3 離婚調停中のため 4 施設に入所のため 5 その他町長が認める場合			
希望する 予防接種 (希望するものに○ をつけてください)	ロタ (1回目・2回目・3回目) ・ BCG B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) 五種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ・ 三種混合 ( ___ 回目) ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ・ 不活化ポリオ ( ___ 回目) 水痘 (1回目・2回目) ・ MR (1期・2期) 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期) ・ 二種混合 HPV (1回目・2回目・3回目) RS (妊婦用)			
	成人用	インフルエンザ (65歳以上) ・ 肺炎球菌 ・ 新型コロナ		
※受付番号	2 -			