

広域的予防接種申込書

年 月 日

上郡町長 遠山 寛 あて

住 所 赤穂郡上郡町

氏 名 (続柄)

電話番号 () -

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所	赤穂郡上郡町			
	氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 カ月)
受ける予防接種 の種類	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加			
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期			
	<input type="checkbox"/> 二種混合				
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加				
接種を希望する 医療機関	所在地	兵庫県			
	医療 機関名				
接種希望日	年 月 日				
広域的予防接種 を希望する理由					

*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。

平成31年 4月 2日

上郡町長 遠山 寛 あて

申請日と同年度中に接種するものについては、一枚の申込書で申請していただけます

住 所 赤穂郡上郡町上郡500-1
 氏 名 上郡 太郎 (続柄 父)
 電話番号 (0791) 52 - 2188

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所	赤穂郡上郡町赤穂郡上郡町上郡500-1			
	氏 名	上郡 円心	男 女	生年 月日	H31年 2月 10日生 (満 歳 1ヵ月)
受ける予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目			
	<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			
	<input checked="" type="checkbox"/> 四種混合	1期初回 (<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加			
	<input checked="" type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期			
	<input type="checkbox"/> 二種混合				
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加				
接種を希望する医療機関	所在地	兵庫県〇〇市〇〇11-1			
	医療機関名	〇〇病院			
接種希望日	2019年 4月 11日			いちばん早い接種予定日を記入して下さい	
広域的予防接種を希望する理由	かかりつけ医のため				

*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。