

定期A類受託医療機関外接種等申請書

年 月 日

犬山市長

申請者 住 所

氏 名

（接種を受ける人との関係： ）

電話番号

予防接種法に基づく予防接種について、（受託医療機関外接種・県広域接種）を下記のとおり申請します。

記

接種を受ける人	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
予防接種の種類	ヒブ 【1回目・2回目・3回目・1期追加】 小児用肺炎球菌 【1回目・2回目・3回目・1期追加】 四種混合 【1回目・2回目・3回目・1期追加】 五種混合 【1回目・2回目・3回目・1期追加】 MR 【1期・2期】 日本脳炎 【1回目・2回目・1期追加・2期】 水痘 【1回目・2回目】 B型肝炎 【1回目・2回目・3回目】 ロタウイルス 【1回目・2回目・（ロタテックのみ）3回目】 BCG 【1回目】 HPV(サーバリックス、ガーダシル、シルガード) 【1回目・2回目・3回目】 その他 ()	
接種を受ける場所	医療機関名	
	所在地	
保護者氏名		
依頼する理由		