

## 第2次・第3次予防接種申請書

申請日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

多治見市長

申請者住所：多治見市 \_\_\_\_\_ 町

氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

下記の理由により、第2次・第3次医療機関にて予防接種を受けたく、依頼書発行の申請をします。

### 記

理 由						
対象となる予防接種の種類と回数 （該当に○をつける。 その他の場合は記入）	・肺炎球菌	1回目	・ 2回目	・ 3回目	・ 追加	
	・B型肝炎	1回目	・ 2回目	・ 3回目		
	・5種混合	1回目	・ 2回目	・ 3回目	・ 追加	
	・BCG					
	※5種混合ワクチンは従来の4種混合(DPT-IPV)ワクチンとヒブワクチンが一緒になったワクチンです。原則として過去に接種歴のあるワクチンと同一のワクチンで接種することとなっています	・MR	1回目（1期）	・ 2回目（2期）		
	・水痘	1回目	・ 2回目			
	・日本脳炎	1回目	・ 2回目	・ 1期追加	・ 2期	
	・ロタウイルス	1回目	・ 2回目	・ 3回目		
	・4種混合	1回目	・ 2回目	・ 3回目	・ 追加	
	・ヒブ	1回目	・ 2回目	・ 3回目	・ 追加	
・						
被接種者 氏名						
生年月日	年	月	日	（ 歳 か月）		
住 所	多治見市 _____ 町					
保護者氏名						
接種予定医療機関 主治医名	医療機関名：  主治医名：					