

平成 年 月 日

葛城市長 殿

申請者 住所

(保護者) 氏名 _____ 印

定期予防接種申請書

予防接種の種類 (○をつけて下さい。)	麻しん・風しん混合(MR) (1・2・4 期) 三種混合 (第2期) 日本脳炎 (第1期 初回 1・2 追加 第2期) 日本脳炎 特例 (1回目、2回目、3回目 第2期) インフルエンザ
接種希望場所 及び予定日※	市町村名 _____ 接種希望病院名 _____ (_____) 市町村 (_____) 平成 年 月 日
接種者(児)氏名	男 ・ 女
接種者(児)生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
20歳未満の場合 保護者氏名	
住所・電話番号	葛城市 (_____)
止むを得ない事情	① 上記医療機関・施設に入院・入所しているため ② 2次接種 (_____) ③ 慢性疾患1次接種 (_____) ④ かかりつけ医が市外医療機関であるため ⑤ その他 (_____)

※この申請書を出してから1～2週間程度で承認書ができます。

予防接種の予約は余裕をもってしてください。

詳しくは葛城市新庄健康福祉センター (0745) 69-9900 までお問い合わせください。