令和　　年　　月　　日

草津市長　橋川　渉　あて

草津市外における予防接種について（申請）

このことについて＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（接種先自治体名）で予防接種を受けたく、下記のとおり申請いたします。
また、この申請にて記載されている個人情報を、依頼先の自治体または医療機関へ、市から提供することについて承諾します。

申請者
住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

記

1. 被接種者名	
2. 被接種者の生年月日	（　大正　・　昭和　・　平成　・　令和　）　　年　　月　　日
3. 予防接種に同伴する保護者	（続柄：　　）
4. 住所	草津市 （ＴＥＬ）
5. 滞在先住所	〒　　－ （　　）様方 （ＴＥＬ）
6. 滞在期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日

7. 予防接種の種類

	対象者	予防接種	1回目	2回目	3回目	4回目
接種記録を確認して、希望する予防接種の欄に○をしてください	子ども	Hib感染症				
		小児の肺炎球菌感染症				
		B型肝炎				
		BCG				
		4種混合(DPT-IPV)				
		不活化ポリオ				
		3種混合(DPT)/2種混合(DT)				
		2種混合(DT)　2期				
		水痘				
		麻しん風しん混合(MR)				
		麻しん　/　風しん				
		日本脳炎				
		ヒトパピローマウイルス感染症				
	高齢者	高齢者のインフルエンザ				
		高齢者の肺炎球菌感染症				

8. 初回接種日	年　　月　　日（種類：　　）予定
9. 接種を希望する理由	

10. 接種医療機関先：接種予定の医療機関について御記入ください

名称	
所在地	〒　　－ （ＴＥＬ）