

(宛先) 春日井市長 住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、次のとおり指定医療機関外での予防接種実施依頼書の発行について申請します。

被接種者	氏 名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
	住 所	1 申請者と同じ 2 その他(春日井市)
予 防 接 種 名		B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) ヒブ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 小児用肺炎球菌 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) ロタリックス (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) またはロタテック (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) 四種混合 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) BCG (<input type="checkbox"/> 1回目) MR (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) 水痘 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) 日本脳炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) その他 ()
保護者	氏 名	1 申請者と同じ 2 その他 ()
	住 所	1 申請者と同じ 2 その他(春日井市)
	電話番号	1 申請者と同じ 2 その他 ()
滞 在 地 住 所		〒 (様方)
依 頼 理 由		1 市外等の医療機関に通院、または入院 2 市外に滞在 3 かかりつけ医 4 その他 ()
実施医療機関	名称	
	住所	
	電話番号	
郵送先		1 申請者と同じ 2 滞在地と同じ 3 その他
接種の予約日		1 有 (月 日) 2 無