

様式第1号（第4条関係）

定期予防接種実施申込書

年 月 日

川越町長 宛て

(申込者)

住所 〒

川越町大字

氏名 (被接種者との続柄)

電話番号 () —

下記理由により、三重県外での定期予防接種を申し込みます。

接種対象者	いずれかに○をつけてください 妊婦（出産予定日 年 月 日） ・ 小児	
被接種者 （申込者と異なる場合記入）	（ふりがな） 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	川越町大字
	電話番号	() —
保護者	氏名	(被接種者が16歳未満の方のみ記入)
	電話番号	(申込者と異なる場合に記入) () —
希望する 予防接種	予防接種名	該当する箇所に○をしてください
	RSウイルス（妊婦）	1回
	小児用肺炎球菌	1回目 2回目 3回目 1期追加
	ロタウイルス	1回目 2回目 3回目
	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 1期追加
	麻しん風しん（MR）	1期 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
	BCG	1回
	2種（DT）混合	1回
	子宮頸がん予防（HPV）	1回目 2回目 3回目
	その他	
予防接種の 実施を希望 する医療機 関	医療機関名	
	住 所	〒
	電話番号	
三重県内で 接種出来な い理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> 被接種者が県外の医療機関に通院又は入院中のため <input type="checkbox"/> 保護者の療養のため県外に居住している <input type="checkbox"/> 親族の介護等のため県外に居住している <input type="checkbox"/> その他 ()	