

## 寒川町予防接種再接種実施依頼書発行申込書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

申請者住所

氏名 (続柄 )

電話番号

次のとおり再接種を受けたいので、依頼書の発行を申込みます。

再接種者 (予防接種を受ける人)	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	( 歳 か月)
	住所		
再接種を申請する 予防接種	種類	上限年齢	回数 (申請する回数に○をつける)
	ヒブ	10歳未満	1回目・2回目・3回目・追加 *1歳以上1回のみ
	小児用肺炎球菌	6歳未満	1回目・2回目・3回目・追加 *2歳以上1回のみ
	四種混合	15歳未満	1回目・2回目・3回目・追加
	B型肝炎		1回目・2回目・追加
	BCG	4歳未満	1回
	麻しん・風しん混合(MR)		1期・2期
	麻しん		1期・2期
	風しん		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
	二種混合		1回
	子宮頸がん		1回目・2回目・3回目
	ロタウイルス感染症		1回目・2回目・3回目
接種予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
予定医療機関	医療機関名 所在地 電話番号		

※上限年齢は、特に記載のない場合は20歳未満とします。