

第4号様式(第12条関係)

伊勢原市予防接種区域外接種申請書

令和7年4月 1日

伊勢原市長 殿

申請者住所 伊勢原市田中348

氏名 伊勢原 花子 被接種者との関係 (母)

連絡先 0463-94-4711

次のとおり予防接種を受けたいので、伊勢原市予防接種実施要綱第12条に基づき依頼書の発行について申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	いせはら いちろう		生年月日	2025年 2月 1日 (満 0歳 2か月)
	氏名	伊勢原 一郎			
	住所	伊勢原市 田中348			
申請理由	該当する番号に○を付し、その理由等を詳しく御記入ください。 1 協力外医療機関(施設)に(通院中・入院中・入所中)のため () 内の該当するものに○印をつけてください。 ■ 医療機関(施設)名 ■ 所在地 受診科名 主治医名 ■ 病名 2 その他 ■ 理由 里帰り中のため ■ 接種希望医療機関名 伊勢原クリニック ■ 所在地 神奈川県伊勢原市伊勢原1 ■ 電話番号 0463-94-4609				
連絡先 (滞在先)	住所	〒259-1131 伊勢原市伊勢原1-2 伊勢原二郎方			
	ふりがな	いせはら はなこ		電話番号	080(0000)0000
	氏名	伊勢原 花子			
滞在期間	令和7年4月1日 から 令和8年 3月31日				
予防接種の種類	ヒ ブ(1・2・3・追加) ・ 麻しん風しん混合(1期・2期) 小児用肺炎球菌(1・2・3・追加) ・ BCG ・ 水痘(1・2) B型肝炎(1・2・3) ・ 日本脳炎(1・2・追加・2期) 五種混合(1・2・3・追加) ・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3) 四種混合(1・2・3・追加) ・ ポリオ(1・2・3・追加) 三種混合(1・2・3・追加) ・ 高齢者インフルエンザ ロタウイルス(1・2・3・※) ・ 新型コロナウイルス感染症 ※5価ワクチンのみ3回目を接種 ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 带状疱疹				