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

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

申 請 者 住　所

氏　名　　　　　　　　　　被接種者との関係（　　　）

連絡先

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 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日  (満　　　歳　　　か月) | |
| 氏 名 |  |
| 住所 | 伊勢原市 | | | | |
| 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  ■接種希望医療機関名  ■所在地  ■電話番号 | | | | | |
| 連絡先  (滞在先) | 住 所 | 〒 | | | | |
| ふりがな |  | | 電話番号 | | (　　　) |
| 氏 名 |  | |
| 滞在期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　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) 　・　Ｂ Ｃ Ｇ　・　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  　　　　　　　　　　　　　 ・　帯状疱疹 | | | | | |