

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
	氏 名			(満 歳 か月)
	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 ・ 带状疱疹			