予 防 接 種 申 出 書

次の医療機関で、予防接種法に基づく定期予防接種を受けたいので申し出ます。

住 所	高島市	(生年月日)
被 接 種 者 名		年 月 日生 (歳 カ月)
予防接種の種類	☐ B型肝炎 ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 水痘 ☐ 子宮頸がん ☐ ロタウイルス ☐ 四種混合 ☐ 五種混合 ☐ その他 ☐ ヒブ ☐ BCG ☐ 日本脳炎 ()	
医 療 機 関	医療機関名	
	住 所	
	主 治 医	
市の指定している医療機関で受けられない理由(申出の理由)		

年 月 日

保護者名
(申出者名)

住 所 高島市

電話番号

高島市長