

# 松戸市おたふくかぜ・B型肝炎任意予防接種申請書

平成 年 月 日

申 請 者	住所
	氏名
	接種を受ける人との続柄 保護者・その他 ( )
	電話番号 (ご連絡の取れる番号) ( )

松戸市で実施する予防接種を下記理由により**指定医療機関**で受けることができま  
せんので、指定外医療機関で接種が受けられるよう申請いたします。

## 記

接 種 を 受 け る 人	ふりがな		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	住 所 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 〒 電話 ( )		
	保 護 者 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合(氏名)		
希 望 す る 予 防 接 種	<input type="checkbox"/> B型肝炎予防接種 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ予防接種 (1回目・2回目) ※希望の予防接種を選択し、年度内で接種する分に○を付けて申請してください。			
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 里帰りのため、他県に滞在中 <input type="checkbox"/> かかりつけ医が市外の医療機関のため ※その他の場合、必ずご記入ください <input type="checkbox"/> その他 ( )			
接 種 を 受 け る 医 療 機 関 等 の 名 称 及 び 所 在 地	(所在地) 〒 (医療機関名) (電話番号) ( )			
予 診 票 等 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 現住所 (住民票のある所) 希望 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所希望 <input type="checkbox"/> 別の送付先を希望 〒 ( 様方)			