別記様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

館林市長　様

申請者　住　所　館林市
氏　名
電　話

館林市区域外予防接種実施申請書

下記の理由により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で予防接種を希望するため、館林市予防接種実施依頼書の発行をお願いします。

記

被接種者	住　所	館林市		電　話	
	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
保護者氏名		※被接種者が未成年の場合に記入			
依頼理由		１　かかりつけ医師等　　２　里帰り　　３　その他（　　）			
滞在地の住所 氏名・電話		住所　　氏　名 電　話			

予防接種の種類	1	ＲＳウイルス
	2	ロタウイルス　　１回目　　２回目　　３回目
	3	Ｂ型肝炎　　１回目　　２回目　　３回目
	4	小児用肺炎球菌　　初回（　１回目　　２回目　　３回目　）・　追加
	5	五種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・Ｈｉｂ） 第１期　初回（　１回目　　２回目　　３回目　）・　追加
	6	ＢＣＧ
	7	麻しん風しん混合　　第１期　　第２期
	8	水痘　　１回目　　２回目
	9	日本脳炎　　第１期　初回（　１回目　２回目　）・追加　　第２期
	10	二種混合（ジフテリア・破傷風）　　第２期
	11	ＨＰＶ（子宮頸がん予防）　　１回目　　２回目　　３回目
	12	その他　Ａ類疾病に係る予防接種 （　　）

※申請に当たっては、当該年度内に接種するものに ○ 又は 予防接種の種類を記入してください。

別記様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

館林市長　様

申請者　住　所　館林市
氏　名
電　話

保護者氏名を記入

接種予定の
医療機関名を記入

館林市区域外予防接種実施申請書

下記の理由により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で予防接種を希望するため、館林市予防接種実施依頼書の発行をお願いします。

お子さんの氏名を記入

被接種者	住　所	館林市		電　話	
	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
保護者氏名		※被接種者が未成年の場合に記入			
依頼理由		１　かかりつけ医師等　２　里帰り　３　その他（　　）			
滞在地の住所 氏名・電話		住所			

滞在先の住所を記入（滞在先が上記住所と同じ場合は、「同上」と記入）

接種を予定しているものに〇印をつけてください

予防接種の種類		
	1	ＲＳウイルス
	2	ロタウイルス　１回目　２回目　３回目
	3	Ｂ型肝炎　１回目　２回目　３回目
	4	小児用肺炎球菌　初回（　１回目　２回目　３回目　）・　追加
	5	五種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・Ｈｉｂ） 第１期　初回（　１回目　２回目　３回目　）・　追加
	6	ＢＣＧ
	7	麻しん風しん混合　第１期　第２期
	8	水痘　１回目　２回目
	9	日本脳炎　第１期　初回（　１回目　２回目　）・追加　第２期
	10	二種混合（ジフテリア・破傷風）　第２期
	11	ＨＰＶ（子宮頸がん予防）　１回目　２回目　３回目
	12	その他　Ａ類疾病に係る予防接種 （ ）

※申請に当たっては、当該年度内に接種するものに　〇　又は　予防接種の種類を記入してください。

RSウイルス感染症予防接種実施申請書記入例

別記様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

館林市長　様

申請者　住　所　館林市

氏　名

電　話

氏名等を記入

接種予定の
医療機関名を記入

館林市区域外予防接種実施申請書

下記の理由により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で予防接種を希望するため、館林市予防接種実施依頼書の発行をお願いします。

接種するかたの氏名等を記入

被接種者	住　所	館林市		電　話	
	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
保護者氏名		※被接種者が未成年の場合に記入			
依頼理由	１　かかりつけ医師等　２　里帰り　３　その他（　　）				
滞在地の住所 氏名・電話	住所				

滞在先の住所を記入（滞在先が上記住所と同じ場合は、「同上」と記入）

「１　ＲＳウイルス」に
○印をつけてください

予防接種の種類	①	ＲＳウイルス
		ウイルス　１回目　２回目　３回目
		１回目　２回目　３回目
		肺炎球菌　初回（　１回目　２回目　３回目　）・　追加
	5	五種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・Ｈｉｂ） 第１期　初回（　１回目　２回目　３回目　）・　追加
	6	ＢＣＧ
	7	麻しん風しん混合　第１期　第２期
	8	水痘　１回目　２回目
	9	日本脳炎　第１期　初回（　１回目　２回目　）・追加　第２期
	10	二種混合（ジフテリア・破傷風）　第２期
	11	ＨＰＶ（子宮頸がん予防）　１回目　２回目　３回目
	12	その他　Ａ類疾病に係る予防接種 （　　）

※申請に当たっては、当該年度内に接種するものに ○ 又は 予防接種の種類を記入してください。