

広域的予防接種申込書

年 月 日

明石市長様

住所  
氏名 (続柄 )  
電話番号 ( )

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住所				
	フリガナ氏名	.....	男 女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける予防接種の種類					
接種を希望する医療機関	所在地				
	医療機関名				
接種希望日	年 月 日				
広域的予防接種を希望する理由					
滞在先住所	※上記以外の住所(親の帰省先等)に書類送付を希望される場合は、こちらにご記入ください□				
	〒 ( 様方)				

※ 母子健康手帳の予防接種記録の全ページコピーを添付してください。  
明石市外へ転出されますと使用できません。

保護者様

・ 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。

1 年 月 日から 年 月 日までの間に接種を受けてください。

2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。

・ 上記のことについて、承認しないこととします。

(不承認の理由 )

明こ健(予防)第 号  
年 月 日

明石市長 丸谷 聡子  
( 担当課 こども健康課 )

\* 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。  
また、目的外の使用は禁止します。

広域的予防接種申込書

記入例

令和5年4月10日

- 広域的予防接種の申請に必要な書類
- ①広域的予防接種申込書
- ②母子健康手帳の「予防接種記録」の全ページコピー(白紙のページも含まれます)

住所 明石市大明石町1-6-1  
 氏名 明石 太郎 (続柄 父)  
 電話番号 (078) 918 - 5656

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防

生年月日は【和暦】でご記入ください

接種を受ける人	住所	明石市大明石町1-6-		
	フリガナ氏名	アサヒ ハナコ	男	生年月日
		明石 花子	女	令和5年2月5日生 (満 歳 2カ月)
受ける予防接種の種類	ヒブ1回目・2回目、小児用肺炎球菌1回目・2回目、 B型肝炎1回目・2回目、ロタテック1回目・2回目、 四種混合1回目・2回目			
接種を希望する医療機関	所在地	××市▲▲▲1-1-1		
	医療機関名	〇〇クリニック		
接種希望日	令和5年4月30日			
広域的予防接種を希望する理由	里帰り先での接種を希望するため			
滞在先住所	※上記以外の住所(親の帰省先等)に書類送付を希望される場合は、こちらにご記入ください□ 〒 ××市■●2-2 (〇〇 様方)			

【今年度中(3/31まで)に接種するもの】を記入してください

複数回接種する場合は、【一番早い接種予定日】を記入してください

※母子健康手帳の予防接種記録の全ページコピーを添付してください。明石市外へ転出されますと使用できません。

保護者様

- 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
  - 1 年 月 日から 年 月 日までの間に接種を受けてください。
  - 2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。
- 上記のことについて、承認しないこととします。  
(不承認の理由 )

明こ健(予防)第 年 月 日 号

明石市長 丸谷 聡子 (担当課 こども健康課)

\*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。