

新型コロナウイルス感染症の発生に伴う三木市定期予防接種特例実施申請書

年 月 日

三木市長 様

申請者住所

氏 名 印

被接種者との続柄 ()

電話番号 ()

特別の事情により対象期間に接種できなかった定期予防接種について、予防接種法施行令の規定に基づき、特例接種を申請します。

なお、予防接種について必要な情報があるときは、三木市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

定期接種期間内に接種できなかった特別な事情				
被 接 種 者	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日
	住 所	三木市		
	特例接種を希望する予防接種	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> Hib感染症 ※10歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 ※6歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 四種混合 ※15歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 結核 ※4歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (第1期・第2期) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア、破傷風) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防		
	接種予定医療機関			
	備 考			