

岩手県広域的予防接種申請書

年 月 日

釜石市長 小野 共 様

保護者氏名 _____ (続柄)

下記の理由により、岩手県内の他市町村において予防接種を希望するので、広域接種パスポートの交付を申請します。

被接種者氏名	_____ 年 月 日生
住 所	〒 _____ (TEL _____) ※日中に連絡の取れる電話番号
滞在先住所	〒 _____ (TEL _____) ※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場合のみ)
接種予定 医療機関名	
広域接種を 希望する 予防接種の種類	※ 下記の□にレ点チェックし、接種回数に○印を記載して下さい。 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 五種混合予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】 <input type="checkbox"/> 四種混合予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】 <input type="checkbox"/> ヒブ予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】 <input type="checkbox"/> B型肝炎 【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> ロタウイルス予防接種 【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 【第一期・第二期】 <input type="checkbox"/> 水痘予防接種 【1回目・2回目】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎予防接種 【1期1回目・1期2回目・1期追加・2期】 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防接種 【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> 三種混合予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】
広域的予防接種 を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。 <input type="checkbox"/> 母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情により、住所地市町村外で定期の予防接種を受けることが困難である。 (_____) <input type="checkbox"/> 上記以外 (_____)

* 母子手帳の「予防接種の記録」のページをコピーし、申請書を同封のうえ、健康推進課に郵送してください。

* 接種日が決まっている場合は、許諾証の交付がその日に間に合うように、申請書を早めに郵送してください。岩手県広域的予防接種許諾証明書の交付には、申請受理後、約7日ほどかかります。