

東松山市契約外医療機関定期予防接種届出書

年 月 日

東松山市長 宛て

届出者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記の理由により予防接種依頼書の発行を申請します。

（当てはまる理由に○をつけて下さい。）

- 1 接種を受ける人が、契約外医療機関に入院しているとき。
- 2 接種を受ける人が、主治医における管理を必要とする疾病を有し、契約外医療機関において、継続的な治療、経過観察等を受けているとき。
- 3 接種を受ける人の主な保育者が県外において出産又は疾病により入院又は加療している場合又は県外に長期にわたり里帰りをしている場合であって、契約医療機関において接種を受けることが困難なとき。
- 4 その他（ \_\_\_\_\_ ）

接種を受ける人の氏名	(ふりがな)		男・女
	生年月日	年 月 日	( 歳 か月)
住民登録のある住所	〒 東松山市		
	電話番号		
保護者氏名			
滞在先の住所	〒		
	世帯主名		
	電話番号		
滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
予防接種の種類  ※3 か月以上先に接種を予定しているものについては、後日改めて申請してください。	ヒブ (インフルエンザ菌b型)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目	
	小児肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目	
	4種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	BCG		
	水痘	1回目 ・ 2回目	
	麻しん風しん混合 (MR)	第1期 ・ 第2期	
	日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加	
B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加		
接種を受ける医療機関	〒		
	病院名		
	電話番号		

送付先

〒355-0016 埼玉県東松山市材木町2-36  
 東松山市健康推進課（保健センター）  
 電話0493-24-3921