

(別紙様式1)(第5の1 関係)

## 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 — — )<br>※日中に連絡の取れる電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 滞在先住所                    | 〒 — (TEL — — )<br>※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<br>医療機関名            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 広域接種を<br>希望する<br>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。<br>□BCG □二種混合予防接種<br>□五種混合予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】<br>□ヒブ予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】<br>□小児用肺炎球菌予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】<br>□B型肝炎 【1回目・2回目・3回目】<br>□ロタウイルス予防接種 【1回目・2回目・3回目】<br>□麻しん風しん混合 【第一期・第二期】<br>□水痘予防接種 【1回目・2回目】<br>□日本脳炎予防接種 【1期1回目・1期2回目・1期追加・2期】<br>□子宮頸がん予防接種 【1回目・2回目・3回目】<br>□三種混合予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】<br>□不活化ポリオ予防接種 【1回目・2回目・3回目・追加】<br>□RSウイルス感染症予防接種(妊婦) |
| 広域的予防接種<br>を希望する理由       | □ 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。<br>□ 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<br>長期滞在している。<br>□ 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<br>を受けることが困難である。<br>( )<br>□ 上記以外<br>( )                                                                                                                                                                                                                                       |

\* 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。