

様式第1号（第4条関係）

川島町ロタウイルス予防接種実施申請書

年 月 日

川島町長

申請者 住 所
氏 名
対象者との関係
電話番号

下記の理由によりロタウイルス予防接種を受けたいので申請します。接種にあたっては、予防接種法の目的、必要理由、効果、副反応について十分理解したうえで、ロタウイルス予防接種をうけます。

記

| | | | | | |
|---------|----------------------------------|--------------------|-------------------|-------|--|
| 対 象 者 | 住 所 | 〒 | | | |
| | ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳 か月) | | | |
| ワクチンの種類 | | 1価ワクチン (ロタリックス) | 5価ワクチン (ロタテック) | | |
| 有効期限 | | 生後24週まで | 生後32週まで | | |
| 実施医療機関 | <input type="checkbox"/> 契約医療機関 | 医療機関名 | | | |
| | | 住 所 | 〒 | | |
| | <input type="checkbox"/> 契約外医療機関 | 電話番号 | | | |
| 備 考 | | | | | |