

申し入れ書

本巢市長 様

令和 年 月 日

以下の理由で保護者が同伴できないため、普段より本児を保護している下記の者が同伴します。

(該当するものに○印をつけてください)

保護者が (・ ほとんど連絡不能 ・ 離別 ・ 死別)

予防接種名 (該当するものに○印をつけてください)

- ・ ロタウイルス (1回目 2回目 3回目(ロタテックのみ))
- ・ BCG
- ・ B型肝炎ワクチン (1回目 2回目 3回目)
- ・ 5種混合【DPT-IPV-Hib】 (1期初回 1回目 2回目 3回目 1期追加)
- ・ 4種混合【DPT-IPV】 (1期初回 1回目 2回目 3回目 1期追加)
- ・ 急性灰白髄炎 (1回目 2回目 3回目 追加)
- ・ 水痘 (1回目 2回目)
- ・ 日本脳炎 (1期初回 1回目 2回目 1期追加 2期)
- ・ 2種混合【DT】 (2期 ・)
- ・ 小児の肺炎球菌感染症 (初回 1回目 2回目 3回目 追加)
- ・ Hib感染症 (初回 1回目 2回目 3回目 追加)
- ・ 麻しん風しん混合 (1期 2期)
- ・ ヒトパピローマウイルス (1回目 2回目 3回目)

被接種者

住 所 本巢市

フリ
氏 名

男 女

生年月日 平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)

同伴者自署

(続柄)