日光市予防接種（帯状疱疹）申込書

日光市長　様

　 帯状疱疹予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

申 込 日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和  年　　　　月　　　　日  （満　　　　歳） |
| 接種を受ける方の  氏名 |  |
| 住所 | 日光市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |
| 接種希望医療機関 |  | | |
| 接種ワクチン | 該当する番号に○を付けてください。   1. 生ワクチン（ビケン）1回接種 2. 不活化ワクチン（シングリックス）2回接種 3. 不活化ワクチン（シングリックス）2回目の接種のみ | | |

<注意事項>

（１）接種ワクチンは事前にかかりつけ医等と相談の上、決定してください。

（２）日光市外医療機関で接種する場合、申込のほかに手続きが必要です。

※ 健康課から予診票が届きましたら、必ず医療機関に予約の上で接種してください。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

日光市予防接種（帯状疱疹）申込書

日光市長　様

　 帯状疱疹予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

申 込 日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和  年　　　　月　　　　日  （満　　　　歳） |
| 接種を受ける方の  氏名 |  |
| 住所 | 日光市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |
| 接種希望医療機関 |  | | |
| 接種ワクチン | 該当する番号に○を付けてください。   1. 生ワクチン（ビケン）1回接種 2. 不活化ワクチン（シングリックス）2回接種 3. 不活化ワクチン（シングリックス）2回目の接種のみ | | |

<注意事項>

（１）接種ワクチンは事前にかかりつけ医等と相談の上、決定してください。

（２）日光市外医療機関で接種する場合、申込のほかに手続きが必要です。

※ 健康課から予診票が届きましたら、必ず医療機関に予約の上で接種してください。