様式１号（第４条関係）

年　　月　　日

稲敷市長　様

稲敷市骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した場合における

予防接種対象者認定申請書

申請者（保護者）

住　　所

氏　　名

電話番号

稲敷市骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した場合における予防接種の実施に関する要綱第４条に基づき、対象者の認定を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者 | 住所 |
| 氏名 |
| 生年月日 |
| 理由書・医師記入欄 | 再接種の理由 |
| 今回再接種する予防接種の種類 |
| 医療機関名・医師名  医療機関所在地 |

添付書類

＊母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページの写し