

(あて先) 松本市長

長期療養後における予防接種申請書

長期にわたり療養が必要とする疾病等の特別な事情により、定期予防接種の対象者であった間に当該予防接種が受けられなかったが、下記のとおり当該特別な事情が解消したため、定期予防接種を受けることを申請します。

記

被接種者の氏名	
被接種者の住所	
保護者の氏名	
電話番号	
生年月日	年 月 日生まれ (歳 ヵ月)
今までに受けた 予 防 接 種	
接種を希望する 予防接種の種類	
被接種者が定期接種 期間内に接種できな かった理由 (医師記載)	疾病等名 _____
接種が可能となった 年月日 (医師記載)	年 月 日
定期接種として可能 な期日 (市記載)	年 月 日 から 年 月 日まで

医療機関及び医師名

印

*太枠内を、該当する疾病の主治医に記載してもらい、松本市役所（東庁舎 2 階）健康づくり課窓口
においてください。

(お子さんの場合は、母子健康手帳を必ずお持ちください。)