

様式第 1 (第 5 条関係)

特別の理由による任意予防接種実施届出書

安 城 市 長

*太枠内をご記入ください。

年 月 日

届 出 者 (保護者)	氏 名			
	現住所	〒 安城市 町 電話 () -		
被 接 種 者 (予防接種を受ける人)	氏 名		生年 月日	年 月 日
	現住所	※申請者と異なる場合のみご記入ください。 〒		
理由書 (医師記入欄)	接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印		
	今回接種する予防接種の種類			
備 考				

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又は骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し

<問い合わせ先> 〒446-0065 安城市横山町下毛賀知106番地1

安城市保健センター 電話 0566-76-1133/FAX 0566-77-1103