

年 月 日

三 浦 市 長

申請者 住 所

(保護者等)

氏 名

電話番号

被接種者との関係

### 麻しん風しん予防接種（任意接種）申込書

次のとおり、予防接種予診票の発行を申し込みます。

予防接種を 受ける者 (被接種者)	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	三浦市
	生年月日	年 月 日生

#### 保護者同意書欄

三浦市から配られた説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度などについて理解した上で、麻しん風しん予防接種を希望します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

※母子健康手帳「予防接種の記録」のページ(麻しん風しんの箇所)のコピーを添付してください。

----- 以下は記入しないでください。 -----

#### 【市記入欄】

接 種 歴	確 認 日	年 月 日
		あり ・ なし
	<input type="checkbox"/> 母子手帳	
	<input type="checkbox"/> システム	
	<input type="checkbox"/> 前住所地照会 ( )	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

受付印