

(第1号様式)

川崎市麻しん及び風しん任意予防接種申込書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

申請者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	電話番号	
	予防接種を受ける者との続柄	

次のとおり、予防接種予診票の発行を申込みます。

予防接種を受ける者 (被接種者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入

申請する接種回数 (チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 1回分 <input type="checkbox"/> 2回分
--------------------------	-----------------------------------------------------------

保護者同意書欄

川崎市ホームページに掲載している「麻しん風しんの任意予防接種を受ける方へ（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、麻しん及び風しんの予防接種を希望します。

保護者自署

----- 以下は記載しないでください -----

【川崎市処理欄】

担当	係長	課長	システム処理日
			年 月 日
確認欄	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳		

受付印