

浦安市帯状疱疹予防接種予診票等申請書

令和 年 月 日

(宛先) 浦安市長 内 田 悦 嗣

私は、浦安市帯状疱疹予防接種の対象者に該当し、令和7年6月以降に発送される個別通知が届く前に、帯状疱疹の予防接種を受けたいので、次のとおり予診票等を申請します。

1 申請者（予防接種を受ける者）

氏 名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 月 日（ _____ 歳）

住 所 浦安市 _____

連絡先電話番号 _____（ _____ ）

2 申請理由（いずれかを○で囲んでください）

- (1) 組換えワクチンを任意接種で1回接種し、2回目接種時点で定期接種の対象者となるため
- (2) 1回も帯状疱疹ワクチンを接種したことがないが、個別通知が発送される前に、早期に接種を希望するため

※ (2) を選択された方は、以上となります

3 接種歴

「2 申請理由」で、(1) を選択された方は、接種歴を記載してください

1回目接種年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

使用ワクチン名 _____ Lot No. _____

医療機関名 _____