

年 月 日

美 祢 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり契約外医療機関で予防接種を受けたいので、依頼くださるようお願いいたします。

記

ふりがな			性別	男・女	
接種者氏名					
生年月日	年 月 日	申請者との続柄			
申請理由					
接種希望 医療機関	名称		電話番号		
	所在地	〒			
滞在場所	住所	〒			
	世帯主		電話番号		
予防接種の 種類	小児肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加			
	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
	ロタウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			
	5種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加			
	4種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加			
	BCG	1回			
	麻しん風しん混合	1期 ・ 2期			
	二種混合	2期			
	水痘	初回1回 ・ 追加1回			
	※希望するものに○をしてください。	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加 ・ 2期		
		Hib（ヒブ）	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
		子宮頸がんワクチン	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
		インフルエンザ（高齢者）	1回		
		成人用肺炎球菌	1回		
		新型コロナウイルス（高齢者）	1回		
	その他				