

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

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 ※希望するものに○をしてください。	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			
	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			
	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			
	带状疱疹	生ワクチン・不活化ワクチン（1 回目・2 回目）			
	その他				