

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 ※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			
	RSウイルス感染症	1回			
	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					