

定期予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

鏡野町長 様

<申請者> 住所 鏡野町

氏名 印

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください

(申請者が代理人の場合、本人との続柄)

県外の医療機関で予防接種を受けたいので、下記のとおり申請いたします。
併せて、予防接種依頼書を発行していただきたく、下記のとおり申請いたします。

記

ふりがな 被接種者氏名	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
住 所 (住民基本台帳登録地)	鏡野町
保護者氏名 (被接種者が子の場合)	
接種希望ワクチン (□にチェックと回数に○印)	
子どもの予防接種	高齢者の予防接種
<input type="checkbox"/> B型肝炎：(1回・2回・3回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス：(1回・2回・3回) <input type="checkbox"/> ヒブ：初回 (1回・2回・3回) 追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌：初回 (1回・2回・3回) 追加 <input type="checkbox"/> 3種混合：1期初回 (1回・2回・3回) 1期追加 <input type="checkbox"/> 4種混合：1期初回 (1回・2回・3回) ・1期追加 <input type="checkbox"/> 5種混合：1期初回 (1回・2回・3回) ・1期追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん混合)：1期・2期 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘：(1回・2回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎：1期初回 (1回・2回) ・1期追加・2期 <input type="checkbox"/> 2種混合：2期 <input type="checkbox"/> ポリオ：1期初回 (1回・2回・3回) ・1期追加 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防：(1回・2回・3回)	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹： 生ワクチン 組換えワクチン (1回・2回) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ
接種予定医療機関	医療機関名 所在地 連絡先
依 頼 理 由	
滞 在 先	住所 (様方) 連絡先

