

年 月 日

瀬戸内市長 様

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

(接種を受ける人)	ふりがな			生年	年 月 日	
	氏 名			月日		
				性別	男 ・ 女	
	住 所	瀬戸内市				
保護者氏名 (被接種者が未成年の場合)				連絡先 電話番号		
滞在先住所 (施設名)		〒 ー (方)				
滞在期間		年 月 日から 年 月 日まで				
依頼する 予防接種 (希望するものに○ をつけてください)	ロタ	ロタリックス	1 回目 ・ 2 回目			
		ロタテック	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目			
	B 型肝炎		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目			
	ヒブ		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目			
	小児用肺炎球菌		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目			
	四種混合		1 期初回(1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) 1 期追加			
	五種混合		1 期初回(1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) 1 期追加			
	BCG					
	麻しん風しん (MR) 混合		1 期 ・ 2 期 ・ 5 期			
	水痘		1 回目 ・ 2 回目			
	日本脳炎		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目) 1 期追加 ・ 2 期			
	二種混合		2 期			
	子宮頸がん予防 (HPV)		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目			
	高齢者	インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス 肺炎球菌 帯状疱疹 (生ワクチン 1 回目 ・ 組換えワクチン 1 回目 2 回目)				
	依頼理由		☐ 里帰り ☐ 疾病等 ☐ 施設入所 ☐ 主治医の指示 ☐ その他 ()			
接種希望 医療機関名称 及び所在地		〒 ー 電話：				
依頼書の送付先		☐ 被接種者の住所 ☐ 滞在先居住地 ☐ その他 ()				