

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		
	住所	瀬戸内市		性別	男 ・ 女	
保護者氏名 <small>(被接種者が未成年の場合)</small>				連絡先 電話番号		
滞在先住所 (施設名)		〒 - ( 方)				
滞在期間		年 月 日から 年 月 日まで				
依頼する 予防接種 <small>(希望するものに○をつけてください)</small>		RS ウイルス				
		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		<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 主治医の指示 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
接種希望 医療機関名称 及び所在地		〒 - 電話:				
依頼書の送付先		<input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先居住地 <input type="checkbox"/> その他 ( )				