

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 <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 ( )			