

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

八女市長

申請者 住所 八女市
氏名
被接種者との続柄

印

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

| | | | | |
|----------------------------|------|--|-----|-----------|
| 被接種者 | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (満 歳 月) |
| 保護者氏名 | | | 続柄 | |
| 現住所 (住民票所在地) | | 〒 - 八女市 | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | () | |
| 滞在先住所 | | 〒 - | | |
| 連絡先 | | 世帯主名 | | |
| | | 電話番号 | () | |
| 理由 | | | | |
| 希望する予防接種 | | 四種混合（1期初回：1回目・2回目・3回目、1期追加） 三種混合（1期初回：1回目・2回目・3回目、1期追加） ポリオ（1期初回：1回目・2回目・3回目、1期追加） BCG、麻しん風しん混合（1期、2期）、麻しん、風しん） 日本脳炎（1期初回：1回目・2回目、1期追加、2期） 二種混合 ヒブ（初回：1回目・2回目・3回目、追加） 小児用肺炎球菌（初回：1回目・2回目・3回目、追加） 水痘（1回目・2回目） B型肝炎（1回目・2回目・3回目） 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） 子宮頸がん予防（1回目・2回目・3回目） | | |
| 接種予定医療機関 | | 医療機関名 | | |
| | | 医療機関の所在地 | | |
| 送付先 (希望するものに○をつけてください。) | | 1 現住所 2 滞在先住所 | | |