

定期予防接種依頼書交付申請書

(宛先)
鳴門市長

年 月 日

申請者住所：

申請者氏名：

被接種者との続柄（ ）

次の定期予防接種の実施について、依頼書の発行を申請します。

フリガナ				男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日	(歳 か月)
被接種者氏名							
保護者氏名							
住民票の住所	(〒 —) ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。						
日中連絡がとれる電話番号							
依頼する 予防接種 (希望するものに○をつけてください)	小児の肺炎球菌感染症 初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)、追加 B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 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 (1期 ・ 2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 ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん予防) (1回目・2回目・3回目) ロタウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目) RSウイルス感染症(母子免疫ワクチン)						
申請理由							
予防接種の 依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
滞在先の住所	(〒 —) ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。						
	世帯主 氏名						
接種を受ける 病院名						電話番号	
依頼書送付先住所 (○又は記入をしてください)	1. 住民票の住所 2. 滞在先の住所 3. その他 (以下にご記入ください) (〒 —)						
依頼書の宛先 (どちらかに○をつけてください)	(市区町村長あて ・ 接種を受ける病院長あて) ※ 予防接種を希望する市区町村に必ずご確認ください。						