

大村市長 様

住所
申請者 氏名
被接種者との関係（ ）

予防接種実施依頼書交付申請書

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	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日生
保護者氏名	
住所	電話番号
滞在先住所	電話番号
実施医療機関名所在地	電話番号
申請理由	(1) 母親の里帰り出産、両親の離婚調停中等の理由により、市外に一時的に居住しているため (2) 疾病により入院し、又は通院しており、その入院し、又は通院している病院において予防接種を受けることが適当であるため (3) 県外の施設に入所しているため (4) その他（ ）
予防接種の種類	(1) BCG (2) B型肝炎 1回目・2回目・3回目 (3) 四種混合又は三種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 (4) 二種混合 2期 (5) 麻しん風しん混合 1期・2期 (6) 水痘 1回目・2回目 (7) 日本脳炎 1期初回（1回目・2回目）1期追加・2期 (8) 不活化ポリオ 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 (9) ヒブ 1回目・2回目・3回目・4回目 (10) 高齢者用肺炎球菌 (11) 小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・4回目 (12) 子宮頸がん 1回目・2回目・3回目 (13) 高齢者インフルエンザ (14) 小児インフルエンザ 1回目・2回目 (15) ロタ 1回目・2回目・3回目