

令和 年 月 日

糸魚川市長 様

住所 糸魚川市

申請者(保護者)

氏名

予防接種依頼書交付申請書

下記により予防接種を で受けたいので、標記依頼書の交付を申請いたします。

記

依頼する予防接種の種類	1 ロタウイルス感染症 1回目、2回目、3回目		
	2 B型肝炎 1回目、2回目、3回目		
※該当する予防接種に○をしてください。	3 Hib感染症初回 1回目、2回目、3回目 ・ 追加		
	4 小児肺炎球菌感染症初回 1回目、2回目、3回目 ・ 追加		
	5 四種混合1期初回 1回目、2回目、3回目 ・ 追加		
	6 BCG		
	7 麻しん風しん混合 第1期 ・ 第2期		
	8 水痘 1回目 ・ 2回目		
	9 日本脳炎1期初回 1回目、2回目 ・ 追加		
	10 日本脳炎2期		
	11 ジフテリア・破傷風混合2期		
	12 ヒトパピローマウイルス感染症 1回目、2回目、3回目		
	被接種者	住所	糸魚川市
		氏名	
生年月日			
理由			
滞在先住所 連絡先・電話番号			
希望する医療機関名 連絡先			