

令和 年 月 日

糸魚川市長 様

住所 糸魚川市
申請者
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 小児肺炎球菌感染症初回 1回目、2回目、3回目 ・ 追加	
	4 五種混合1期初回 1回目、2回目、3回目 ・ 追加	
	5 Hib感染症初回 1回目、2回目、3回目 ・ 追加	
	6 四種混合1期初回 1回目、2回目、3回目 ・ 追加	
	7 BCG	
	8 麻しん風しん混合 第1期 ・ 第2期	
	9 水痘 1回目 ・ 2回目	
	10 日本脳炎1期初回 1回目、2回目 ・ 追加	
	11 日本脳炎2期	
	12 ジフテリア・破傷風混合2期	
	13 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
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		