

予防接種実施依頼書発行申請書

年 月 日

(宛先) 下 関 市 長

(申請者) 住所

氏名

(続柄)

電話番号

下記のとおり、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

※太枠内をご記入ください。

被接種者 (接種を受ける方の氏名)	ふりがな			生 年 月 日
	氏名			年 月 日 (歳 か月)
保護者氏名				
住 所 (住民票の住所)	〒	下関市		
	電話番号			
滞在先住所	〒	(様方)		
	電話番号			
発行の理由 (該当する番号に○をつけてください。)	1 里帰り出産により県外に滞在中のため 2 県外の医療機関に長期入院又は通院中のため 3 その他 ()			
予防接種の種類 (発行を希望するものに○をつけてください。)	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> ロタ	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> BCG	1回		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1期・2期・5期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期・5期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期		
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> RSウイルス母子免疫	1回 ※出産予定日も記入してください		
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	1回		
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	1回		
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	1回		
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 1回目・2回目		
接種場所	医療機関名称			
	医療機関所在地			
接種予定日		年	月	日 ※出産予定日(年 月 日)
送付先 (該当する番号に○をつけてください。)	1 住民票の住所 2 滞在先住所 3 その他 ()			
受付日		受付方法	来庁・郵送・その他 ()	
備考				