

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

このことについて、下記のように予防接種を受けたいので、関係医療機関あてに予防接種依頼書を交付していただきたく、申請いたします。

記

予 防 接 種 名 ○で囲んでください ※複数申請可。 ただし、同年度内に接種できるものに限る。	1. ロタウイルス ロタリックス 1回目・2回目 ロタテック 1回目・2回目・3回目 2. ヒブ (初回:1回目・2回目・3回目, 第1期追加) 3. 肺炎球菌 (初回:1回目・2回目・3回目, 第1期追加) 4. B型肝炎 1回目・2回目・3回目 5. 5種混合 (第1期初回:1回目・2回目・3回目, 第1期追加) 6. MR混合 第1期・第2期 7. 水痘 1回目・2回目 8. 日本脳炎 (第1期初回:1回目・2回目, 第1期追加, 第2期) 9. 2種混合 第2期 10. 子宮頸がん (HPV) 1回目・2回目・3回目 11. 不活化ポリオ (第1期初回:1回目・2回目・3回目, 第1期追加) 12. 3種混合 (第1期初回:1回目・2回目・3回目, 第1期追加)
依頼する医療機関名	
医療機関の住所	〒
ふ り が な	
被接種者氏名	(男・女)
被接種者生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
被接種者住所	〒 富士市
ふ り が な	被接種者との続柄
保護者氏名	
滞在先住所 ※富士市住所と異なる場合	〒 (様)
連絡先	☎
依頼書の郵送先	1. 富士市住所あて 2. 滞在先住所あて (要返信用封筒)
実施日	1. 令和 年 月 日 2. 未定
理由	1. かかりつけのため 2. 里帰りなど長期滞在のため 3. その他 ()

令和 年 月 日

(宛先) 富 士 市 長

※被接種者または保護者以外の方が申請する場合にご記入ください。	
申請者	住所 〒
	氏名 (被接種者との続柄:)
	連絡先 ☎