こども定期予防接種
（市町間相互乗入れ制度用）

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	☎