

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

糸満市長 殿

下記の理由により、予防接種実施依頼書の交付を申請します。 ☐ 里帰り出産 ☐ その他 () ※該当するものに✓をつけてください。		申請者		住所			
		氏名				(印) (続柄) ()	
		電話					

接種を受ける方	住所						
	フリガナ			男・女	生年月日	平・令 (満 年 月 日)	
	氏名					歳 ヶ月)	

希望する予防接種 ※該当するワクチン名に✓をつけ、該当する回数を○でかこんでください。	☐ ロタテック	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	} どちらを接種するか病院と調整する。
	☐ ロタリックス	1回目 ・ 2回目	
	☐ 5種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加	
	☐ 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	
	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	☐ BCG	1回	
	☐ MR	1期 ・ 2期	
	☐ 水痘	1回目 ・ 2回目	
	☐ ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	
	☐ 4種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加	
	☐ 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期	
	☐ DT	2期	
	☐ 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
	☐		

接種希望医療機関	名称		
	所在地	都道府県 市区町村	

接種時の滞在先	住所	〒 様方	
	保護者	氏名： (続柄) 電話：	
	滞在期間	年 月 日 ～ 年 月 日	