

予防接種実施依頼書交付申請書

令和2年 6月 6日

（宛先）大 洲 市 長

申請者 住 所 大洲市大洲111-1氏 名 大洲 花子（被接種者との続柄） 母電話番号 090（1111） 1111

（日中連絡可能な番号）

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	〒（ 795 - 0012） 大洲市大洲 111-1		
	フリガナ 氏名	オオズ タロウ 大洲 太郎		性別 ☒ 男 ・ 女
	生年月日	令和2年 4月 3日（満 0 歳 2か月）		
	滞在先住所	〒（555-6666） 〇〇県 △△市 〇〇町 〇丁目 〇-〇 <u>△△ 様方</u>		
予 防 接 種 の 種 類	☒ Hib感染症：初回 ☒ 1回目・ ☒ 2回目・3回目）・追加 ☒ 小児の肺炎球菌感染症：初回 ☒ 1回目・ ☒ 2回目・3回目）・追加 ☒ B型肝炎：初回 ☒ 1回目・ ☒ 2回目）・追加 ☒ 四種混合（三種混合・不活化ポリオ）：1期初回 ☒ 1回目・2回目・3回目）・1期追加 ☐ BCG ☐ 麻しん風しん：1期・2期 ☐ 水痘：1回目・2回目 ☐ 日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ☐ 二種混合 ☐ ヒトパピローマウイルス感染症：1回目・2回目・3回目 ☐ ロタウイルス感染症：1回目・2回目・3回目 ※受けたい予防接種に チェックをして、回数 を囲ってください。			
理 由	☐ 里帰り（里帰り出産）のため ☐ 入院（入所）中のため ☐ その他（ ）	宛 名	（依頼書提出先）※ ☒ 市区町村 ☐ 医療機関	
予防接種を受ける 医療機関名	〇〇小児科		電話番号	000（111）2222
依頼書送付先	☒ 滞在先住所 <u>△△ 様方</u> ☐ 自宅（大洲市の住所）			