

定期予防接種実施依頼書交付申請書 (保護者・本人申請用)

年 月 日

| | | | | |
|---|---|--------|----|-----|
| 被接種者氏名 (接種を受ける方の氏名) | フリガナ | | 性別 | 男・女 |
| | | | | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 住 所 | 港区 | | | |
| | 連絡先電話番号 | | | |
| 保護者(申請者)氏名 | | | | |
| 発行の理由 (該当する□に✓を付けてください) | <input type="checkbox"/> 里帰り出産・育児 <input type="checkbox"/> 入院中・治療中 (病名) <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 予防接種の種類・回数 発行を希望する予防接種の□に✓、回数に○印を付けてください。 | <input type="checkbox"/> ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(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"/> BCG <input type="checkbox"/> DPT-IPV1期[4種混合](1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合[MR](1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1期1回目・1期2回目・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> DT2期[2種混合] <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 | | | |
| 接種予定日・医療機関 (決まっている場合に記入) 各自治体の指定医療機関で接種してください | 接種(開始)予定日 | 年 月 日 | | |
| | 実施医療機関 | (名称) | | |
| | | (住所) | | |
| (医師名) | | | | |
| 実施依頼書宛名 (滞在先の自治体に、お問い合わせください) | <input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛 (宛名詳細: _____様宛の依頼書を作成) | | | |
| 実施依頼書送付先 (滞在先の自治体に、お問い合わせください) | <input type="checkbox"/> 住所地(住民登録のある港区の住所) <input type="checkbox"/> 滞在先宛名: <input type="checkbox"/> その他(滞在先の役所、医療機関など) 住 所・宛 名: | | | |
| 滞 在 先 | 〒 | | | |
| | 連絡先電話番号 | | | |
| | 滞在(予定)期間 | 年 月頃まで | | |
| 滞在先の役所・保健所等の名称・担当部署名 | 予防接種担当部署 | | | |